UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1970 N° 143

PRISE EN CHARGE GLOBALE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT AU CENTRE DE SANTE MENTALE INFANTILE

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée par

Madame Manuela FERRANDI née FERNANDEZ

Ancienne Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Membres du Jury

MM. GERAUD	*Président*
DALOUS	
BES	*Assesseurs*
LABOUCARIE	
GREZES-RUEFF	*Suppléant*

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1970 N° 143

PRISE EN CHARGE GLOBALE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT AU CENTRE DE SANTE MENTALE INFANTILE

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée par

Madame Manuela FERRANDI née FERNANDEZ

Ancienne Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Membres du Jury

MM.	GERAUD	*Président*
	DALOUS	
	BES	*Assesseurs*
	LABOUCARIE	
	GREZES-RUEFF	*Suppléant*

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546526_0017

UNIVERSITE de
TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen : Monsieur LAZORTHES

Premier Assesseur : Monsieur BREUILLAUD

Deuxième Assesseur : Monsieur MONNIER

Doyens Honoraires : MM. GORCE,CALVET,BRUSTIER

Professeurs Honoraires : MM. VALLOIS, TAPIE, DELAS, RISER, BUGNARD, VINCENT, MOREL, BOUISSET, CALMETTES, THOMAS.

-o-o-o-o-

SECTION MEDECINE

- Clinique médicale et cardiologique	MM.MERIEL
- Clinique médicale Sud	GADRAT
- Clinique chirurgicale	LAGROT
- Clinique chirurgicale et gynécologique	FABRE,Pierre
- Clinique chirurgicale et du cancer	GRIMOUD
- Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	PASQUIE
- Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	RIEUNAU
- Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	ENJALBERT
- Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX
- Clinique des voies urinaires	LHEZ

- Clinique des maladies infectieuses	ANDRIEU
- Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL
- Clinique médicale de la première enfance	BARDIER
- Clinique de neuro-chirurgie	LAZORTHES
- Clinique neurologique et psychiatrique	GERAUD
- Clinique obstétricale	PONTONNIER
- Clinique odonto-stomatologique	CADENAT
- Clinique ophtalmologique	N ..
- Clinique O.R.L. et chirurgie maxillo-faciale	CALVET
- Clinique de pneumo-phtisiologie	DELAUDE
- Clinique rhumatologique	RUFFIE,René
- Accouchement et obstétricie sociale	JAHIER
- Anatomie	N ....
- Anatomie appliquée	POULHES
- Anatomie pathologique	FABRE,Jacques
- Bactériologie et virologie	Mme ENJALBERT
- Biophysique médicale A	MM.AUVERGNAT
- Biophysique médicale B	BRU
- Chimie biologique	VALDIGUIE,Paul
- Electro-radiologie	MARQUES
- Embryologie générale	BROUSSY,Jean
- Hématologie	RUFFIE,Jacques
- Histologie	BIMES
- Hydrologie thérapeutique et climatologie	DARNAUD
- Hygiène et médecine sociale	MONNIER
- Immunologie	DUCOS
- Médecine légale et médecine du travail	PLANQUES
- Pathologie chirurgicale	DAMBRIN
- Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
- Pathologie médicale	RIBAUT

Physiologie	MM.LAPORTE, Yves
Physiologie appliquée et pharmacologie	BAISSET
Sémiologie et clinique médicale	LAPORTE,Jacques
Thérapeutique	DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie pathologique	BOUISSOU
Biochimie médicale	DOUSTE BLAZY
Histologie et embryologie	PLANEL
Maladies infectieuses	ARMENGAUD
Oto-rhino-laryngologie	CLAUX
Pathologie médicale	BOULARD
Physiologie	MONTASTRUC
Physiologie	BESSOU
Physique médicale	COMMANAY

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	BASTIDE
Anesthésiologie	LARENG
Biochimie médicale	VALDIGUIE,Pierre
Chirurgie générale	GEDEON
Chirurgie générale	SARRAZIN
Electro-radiologie	PONS
Histologie et embryologie	GUILHEM
Ophtalmologie	DEODATI
Pneumo-phtisiologie	MIGUERES

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie pathologique	MM.FABRE,Jean
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme LARENG
Carcinologie	ESTRADE
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	ESCHAPASSE
Electro-radiologie	ROULLEAU
Médecine générale et thérapeutique	BES
Médecine générale et thérapeutique	BOLLINELLI
Médecine générale et thérapeutique	SUC
Pathologie expérimentale	GLEIZES
Pédiatrie	DALOUS
Pédiatrie	REGNIER
Neuro-chirurgie	ESPAGNO,Jacques
Médecine générale	ARLET,Jacques

-o-o-o-o-o-o-o-

A G R E G E S

Médecine générale	CALAZEL
Médecine générale	RASCOL
Médecine générale	LE TALLEC
Médecine générale	RIBET
Chirurgie générale	FICAT
Chirurgie générale	GAUBERT
Dermato et syphiligraphie	DUPRE
Hydrologie	DENARD
Médecine légale	GREZES-RUEFF
Neurologie et psychiatrie	GAYRAL
Obstétrique	ESPAGNO, Guy
Ophtalmologie	BEC

A G R E G E S L I B R E S

Chirurgie générale	SOUQUET
Pathologie chirurgicale	DIEULAFE

SECTION PHARMACIE

- Botanique et cryptogamie	Mme	DULUCQ-MATHOU
- Chimie analytique		PITET
- Chimie analytique, toxicologie et hygiène industrielle		BOURBON
- Chimie pharmaceutique		BLANC
- Microbiologie		BREUILLAUD
- Pharmacie chimique et pharmacodynamie		CAUJOLLE
- Pharmacie galénique et matière médicale		STANISLAS
- Physiologie, zoologie et parasitologie pharmaceutique		ROUX

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

- Pharmacie		COUTURIER
- Sciences naturelles	Mme	CAUJOLLE

PROFESSEURS SANS CHAIRE

- Chimie organique	BERTRAND
- Toxicologie	BROUSSY, Georges
- Zoologie	GAYREL

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

- Botanique	Mme	LASCOMBES

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal : Monsieur ROCHE

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (délibération en date du 12 mai 1891)

A la mémoire de MON PERE

A MA MERE et MON BEAU-PERE

Pour avoir compris ma
volonté d'être médecin
et m'avoir aidé à le
devenir; qu'ils trouvent
ici l'expression de ma
plus profonde reconnaissance.

A MON MARI

A MES ENFANTS

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A MA BELLE FAMILLE

A MES AMIS

A MADEMOISELLE A. BOUDET

A notre Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GERAUD

Professeur de Neuro-psychiatrie,
Médecin des Hôpitaux
Membre titulaire
de la Société Française de Neurologie
Chevalier de la Légion d'honneur

Vous nous avez fait l'honneur de présider cette thèse, vous nous avez toujours encouragé dans notre orientation.

Pour votre sollicitude et votre bienveillance, nous vous exprimons notre respecteuse reconnaissance.

A notre jury de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DALOUS

Professeur agrégé de Pédiatrie

Votre enseignement et un stage dans votre service ont guidé nos premières approches de la pathologie de l'enfant. Ils sont à la base de notre orientation professionnelle.

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR BES

Maître de Conférences agrégé

Soyez ici respectueusement remercié d'avoir bien voulu participer au jury de notre thèse.

Monsieur

MONSIEUR LE DOCTEUR LABOUCARIE

Maître de Conférences

Pour l'intérêt que vous avez bien voulu trouver dans notre travail en acceptant de le juger, soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GREZES-RUEFF

Professeur agrégé de Médecine légale

Vous nous avez toujours témoigné une trés grande bienveillance.

Veuillez croire à notre respectueuse gratitude pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de faire partie de notre jury.

A nos Maîtres des Services de Psychiatrie

MONSIEUR LE PROFESSEUR SUTTER

Professeur titulaire de la Chaire de
Psychiatrie de la Faculté de Médecine
de Marseille.

Vous nous avez fait l'honneur de vous intéresser à ce travail.

Soyez assuré de nos respectueux remerciements et de notre vive reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR BELEY
Médecin-Chef des Hopitaux Psychiatrique

Vous nous avez fait découvrir la psychiatrie infantile.
Pour tout ce que vous nous avez appris, et pour avoir accepté de diriger ce travail,

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

MADAME LE DOCTEUR J. GUILLEMAUT

Neuro-psychiatre
Médecin-Directeur du Dispensaire
d'Hygiène Mentale Constanzo de Nice

Pour la simplicité et la
chaleur de votre accueil,
soyez assurée de notre
respectueux attachement.

MONSIEUR LE DOCTEUR HUCHON

Médecin Chef des Hôpitaux Psychiatriques

Pour l'intérêt amical que
vous nous avez toujours témoigné
soyez assuré de notre pronfonde
reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR CASSAN
Médecin Chef des Hôpitaux psychiatriques

C'est auprès de vous que nous
avons commencé à nous intéresser
à la psychiatrie.
Vous nous avez fait profiter de
votre expérience clinique.
Qu'il nous soit permis de vous
exprimer notre profonde
gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TURNIN

Neuro-psychiatre
Médecin-Directeur du Centre de Guidance
Infantile de Toulouse

En témoignage de gratitude pour votre
accueil bienveillant

A MADAME ANCELIN-SCHUTZENBERGER

C'est grâce à votre aide que nous
avons pu réaliser ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de
notre profonde reconnaissance et de notre
respectueux attachement.

A MADEMOISELLE LE DOCTEUR S. CAVAILLES

En remerciement pour l'intérêt amical
que vous nous avez toujours témoigné.

AU PERSONNEL DU DISPENSAIRE
d'HYGIENE MENTALE "COSTANZO"
de NICE

Nous leur exprimons toute notre reconnaissance pour avoir accepté si spontanément de collaborer à la préparation de ce travail.

PRISE EN CHARGE GLOBALE
DE L'ENFANT ET DE L' ADOLESCENT
AU CENTRE DE SANTE MENTALE INFANTILE

EXPOSE DES DOSSIERS : analyse critique des solutions adoptées.

RAPPEL HISTORIQUE DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE à L'ENFANT.

SITUATION ACTUELLE des formes de prise en charge, de l'enfance inadaptée : analyse critique des structures en place.

PROPOSITION D'UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE de l'enfant et de l'adolescent.

PRINCIPES DE BASES DE LA POLITIQUE DU SECTEUR qui est l'une des façons d'envisager cette prise en charge globale.

ETUDE DU CENTRE DE SENTE MENTALE :

1° - son implantation,
2° - ses buts,
3° - son mode de fonctionnement :

a) origine de ses consultations, liaisons avec les organismes de dépistage et de prévention,

b) organisation des consultations,

c) prise en charge ambulatoire au centre de santé mentale

d) relation et action avec la famille et l'entourage de l'enfant.
moyens d'action.

.../..

4° - l'équipe de pédo-psychiatrie au Centre de Santé Mentale.

5° - son articulation :

a) le centre d'observation,

b) l'hôpital de jour,

c) le service de placement familial,

d) les internats médico-pédagogiques,

e) le service d'hospitalisation à domicile,

f) l'hôpital "psychiatrique".

6° - ses activités d'hygiène mentale.

CONCLUSION.

- I -

I N T R O D U C T I O N

Nous allons aborder dans ce travail quelques problèmes touchant à la prise en charge globale de l'enfant et de l'adolescent dans cadre du Centre de Santé Mentale.

Auparavant, nous voudrions rappeler qu'il ne peut exister de modèle type; les expériences en cours correspondent à ce que les instigateurs ont cru percevoir comme besoins et, à leur façon d'y répondre. En réalité, le problème de santé mentale de l'enfant déborde largement le cadre de la psychiatrie, c'est donc que toute tentative de prise en charge de l'enfant ne sera que partiellement adaptée à la situation, et aux besoins.

D'autre part, il est à considérer que l'analyse effectuée dans ce travail ne fait que traduire une vue subjective et partielle des problèmes de la prise en charge et qu'elle ne peut pas être envisagée hors de son contexte.

EXPOSE DES DOSSIERS

Nous avons choisi d'introduire notre travail par l'étude critique de dossiers cliniques d'enfants venus en consultation dans des Dispensaires d'Hygiène Mentale du département.

DOSSIER N° I

L ..... Jean-Louis, né le 3 juin 1962, domicilié St-Paul de Vence,
le père 42 ans, de nationalité italienne, maçon,
la mère, 46 ans, de nationalité italienne, sans profession.

MOTIF DE LA CONSULTATION

L'enfant est adressé par son médecin traitant en raison de ses difficultés scolaires et troubles du comportement. Les renseignements sont recueillis le 19.11.1969 par l'assistante sociale stagiaire du Centre de Santé Mentale.

ANTECEDENTS PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES ET FAMILIAUX

Durant la grossesse, menace d'avortement vers 3 mois et demi. Elle a fait une hémorragie après avoir fait une grosse lessive. L'accouchement a été normal. L'enfant a crié de suite. Il pèse 2 kg 350. L'allaitement artificiel car la mère n'a pas de lait. Premiers mots vers 2 ans. Premiers pas à 1 an. Propreté de jour et de nuit à 25 mpis. La croissance s'est bien passée.

Vers 1 an, a eu un genre de toxicose, a de l'eczéma depuis qu'il a eu la toxicose. A eu la coqueluche et des otites. N'a pas eu de convulsions. L'état physique actuel est bon. Etait toujours fatigué, s'asseyait partout où il pouvait et depuis qu'il prend certains cachets (?) il n'est plus fatigué. Le sommeil est bon. Le matin il ne mange pas. L'enfant mange très bien à midi, à 16 h et le soir.

Le père est en bonne santé, la famille paternelle décédée. La mère est en bonne santé. La famille maternelle décédée. Il a 2 frères : Gérard 16 ans, apprendi cuisinier à la Colombe d'Or, Eric, 12 ans, 6ème pratique, pas de problème de classe.

HISTOIRE ET AMBIANCE DE LA FAMILLE

La famille a toujours vécu à Saint Paul de Vence depuis le mariage des parents. Logement convenable, (Jean-Louis partage sa chambre avec Eric). L'atmosphère est très "criarde".

HISTOIRE ET COMPORTEMENT DE L'ENFANT

L'enfant est affectueux avec ses parents, mais se dispute beaucoup avec ses frères. Il craint son père qui est plus sévère que sa mère. Jean-Louis cligne des yeux, fait des grimaces. Quand il va s'endormir il fait du bruit avec sa langue comme s'il tétait le biberon. Parfois il saigne du nez. Assis parfois, il rêve, rit et regarde le plafond. Il est gentil quand il est seul. Il est turbulent, touche à tout, attrape des ciseaux et s'est coupé tous les cheveux. Il aime entasser des papiers qui ne servent plus à rien, fait des noeuds comme s'il s'agissait de paquets et les cache dans un coin pour ne plus y retoucher; il les oublie. Aime le feu,en est fou. Il aime regarder à la télévision Zorro, les dessins animés. Il aime nager, faire du vélo, il joue aux voitures et aime bien toucher l'eau et jouer avec.

COMPORTEMENT A L'ECOLE

Jean-Louis est actuellement en cours préparatoire. L'an dernier il était encore à la maternelle. Il ne sait pas lire. La mère s'en occupe, essaie de lui apprendre, mais çà ne rentre pas. Ne sait pas écrire, fait des chiffres à l'envers et inverse ses lettres parfois,(il-li, oo-co) Semble être dylexique. Ce ne marche pas non plus en calcul. Etait dissipé, turbulent, est devenu calme depuis qu'il prend des cachets. La maitresse a dit à la mère qu'il fallait faire quelque chose.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Jean-Louis a été assez calme pendant toute la passation, semble s'intéresser, est content et le manifeste. Il répond aux questions (que ce soit bien ou mal). Il répond un peu au hasard ou par allusion.

WISC : Ql = 74
Ql:V = 84
Ql:P = 68

- limite de la débilité
- troubles structuration spatio-temporelle : peu de réussite, lenteur.
- Kohs - très mal réussi : intelligence générale plus que médiocre.
- certainement dyslexie.

lecture : essais : troubles DL
ne sais pas lire : reconnait les lettres, niveau : 4 ans.

structuration : perturbé, niveau 4 - 5 ans.

latéralité : dominance gauche, mais difficulté de grapho-morticité. Ils'y prend des 2 mains pour commencer un dessin, tient avec la main gauche et pose le crayon avec la main droite.
- tracé grapho-moteur perturbé, flou, pas stable.

Dessins : arbre : aucune structuration, ni perception, situation anxiogène. Orientation gauche : vers la mère, le passé. Signe de retrait, pas d'ouverture : replié sur soi. Pas d'appréhension au réel.

La famille : une certaine élaboration du premier personnage mère, mais père très régressif. La famille gribouillée. Jean-Louis associé à sa mère, stade oedipien Aucune différenciation du sexe.

Une maison : anxiogène, perturbation, pauvreté, réclusion

Serait ce le début d'un autisme?

C.A.T. : réponses très alarmantes, peur, problème oedipien, situation anxiogène, analité. Troubles de la personnalité (tendance schizoïde). Une r éducation DL DO, associée à une psychomotricité sont conseillées. Il faut absolument s'occuper de cet enfant dont les tests sont très inquiétants.

OBSERVATION MEDICALE

L'enfant est amené par sa mère, uneitalienne qui parait une femme assez fruste, mais s'occupant bien de ses enfants. Elle explique que Jean-Louis n'est plus tout à fait normal et que depuis quelque temps, sans aucune raison, il la frappe "je suis en train de faire la cuisine - tout d'un coup il vient par derrière et me donne un coup de pied dans les jambes... et puis il dit des gros mots, mais des gros mots... alors je le gronde. C'est normal. Je ne peux pas me laisser battre comme çà. A l'école il ne travaille pas, mais çà c'est pas grave. C'est qu'il frappe les autres aussi. sans raison... A la maison on est très nerveux, on crie beaucoup. C'est peut être pas bon.. dites-moi, il est pas fou au moins?.. J'ai deux oncles dans un hôpital psychiatrique, mais c'est des suite de la guerre. Ils voient des allemands partout...".

Jean-Louis est un enfant de 8 ans, bien portant, l'air ouvert, clignant constamment des yeux. Il est au cours préparatoire et n'a acquis aucune connaissance scolaire.

Le contact est "bizarre", l'autre est le plus souvent ignoré, il parle sans s'adresser directement aux personnes, si ce n'est à sa mère. Le langage parait pourtant cohérent, et assez riche, mais les réponses sont le plus souvent sans rapport très net avec la question. Il semble être "ailleurs".

Il n'existe pas d'instabilité psycho-motrice, mais une attitude frénétique par rapport à tout ceux qu'il va manipuler.

Le refus de la collectivité se manifeste à l'école où la maitresse dit :"il est bizarre, ne fait pas partie de la classe, ne s'intéresse à aucune activité de groupe. Il bat sans raison". Mais la mère le dit affectueux avec elle, il semble d'ailleurs exister un assez bon contact entre eux. Les colères sont nombreuses, il crie, se roule parterre, la mère ne s'en explique jamais les raisons, et nous avons beaucoup de mal à lui faire raconter des cas préçis... est-ce une réponse de l'enfant à une situation frustrante?

Au niveau du dessin rien que des gribouillages, aucun dessin élaboré, refus des figures humaines et des maisons. Il existe aussi un besoin impérieux de salir, faire des tâches.

Son agressivité se traduit par des impulsions d'apparition récente, va frapper sa mère et ses camarades sans raison puis s'en va, et des interjections ordurières sans aucun à propos "il dit d s gros mots comme ça... mais des gros mots" !..."

Les manifestations obsessionnelles sont nombreuses : il range toujours au même endroit et dès que quelque chose change, il fait des colères... il collectionne un tas de petits papiers qu'il plie, cache dans un coin et ni touche plus, ect...

La mère dit : "il parle sans arrêt de Zorro, se prend pour lui, et alors qu'il ne sait pas écrire le marque partout". Effectivement lorsqu'on demande à Jean-Louis de nous écrire quelque chose il va marquer ZORRO, z, z, o, zorro, o, r,... sur toute la feuille; il va alors manifester une joie démesurée devant ce résultat. L'inadéquation de la réponse est frappante.

Les antécédents n'attirent pas l'attention et l'enfant a été considéré comme entièrement normal jusqu'à l'an dernier, où progressivement la mère dit: "il devient de plus en plus fou; il ne sait plus rien faire de ce qu'il faisait".

Les troubles importants de la personnalité, la régression, la non appréhension du réel, nous permettent de penser à une évolution psychotique dont l'origine semble se situer a il y a environ un an.

La coopération des parents étant très bonne (la mère est prêt à l'amener au Centre deux fois par semaine si c'est nécessaire), il est possible d'envisager une prise en charge ambulatoire. On conseille :
- une psychothérapie (à entreprendre au plus vite)
- et, selon l'avis du psychothérapeute, on discutera de l'opportunité d'un rattrage scolaire et d'une rééducation psycho-motrice.

CONCLUSION

L'enfant a été pris en pshychothérapie; malgré une retructuration effective et une tentative de prise en charge en psychopédagogie, il ne peut passer au C.E.1. Un externat médico-pédagogique venant d'être créé à proximité de son domicile, une demande d'admission est faite pour la rentrée en ½ internat. Il continuera à venir au Centre pour les séances de psychothérapie.

D'autre part, les troubles relationnels avec la famille dominant actuellement le tableau clinique, nous avons demandé à l'assistante sociale de s'intéresser à la famille et de voir s'il n'y aurait pas lieu d'intervenir à son niveau.

DOSSIER N° 2

M..... Serge, né le 7 juillet I962 à Oran
le père, né en I92I est sous brigadier de police en retraite,
la mère, née en I925, est sans profession.

MOTIF DE LA CONSULTATION

L'enfant est adressé par le Directeur de l'I.M.P des Terrasses, en raison de son retard. Les renseignements sont recueillis le 10 août I968 par l'assistante sociale du Centre de santé mentale.

ANTECEDENTS PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES ET FAMILIAUX

La grossesse est normale, mais l'accouchement difficile, venu par le siège, il crie immédiatement. Le poids est de 2kgs 900. L'allaitement maternel 3 ou 4 mois, puis l'allaitement artificiel. A 1 an, ne se tenait pas assis, il avalait très mal. Les premiers pas à 3 ans, les premières dents à 8, 11 mois, les premiers mots à 2 ans, actuellement ne fait pas de phrases complètes, mais dit beaucoup de mots. Il comprend tout. Propre le jour vers 5 ans. urésie nocturne persistante. Il dort bien avec des gouttes de MELLERIL : se balance lorsqu'il est éveillé.

A eu la rougeole, des otites, des laryngites. Il a une conjonctivite chronique. N'a jamais eu de convulsion. Actuellement il est bien portant, mange beaucoup, trop parfois. Il mâche mal, avale quand même une nourriture variée.

Le père est bien portant, il est sérieux, calme; la famille paternelle en bonne santé.

La mère, 4 grossesses; la famille maternelle est en bonne santé.

Il y a quatre frères et soeurs : Gérard I7 ans, Marie-Claude I2 ans ½, Nicole 7 ans, Serge 6 ans; tous en bonne santé.

HISTOIRE ET AMBIANCE DE LA FAMILLE

Famille originaire d'Oran, installée à Nice depuis 5 ans. Nous ne connaissons pas la famille qui vient au dispensaire pour la première fois. La mère est très fatiguée par la présence de l'enfant trés remuant, probablement gâté par elle. Elle est toujours anxieuse, a peur qu'il ne fasse des bêtises, etc..

HISTOIRE ET COMPORTEMENT DE L'ENFANT

Il est le quatrième d'une famille de cinq. Il n'a jamais quitté sa famille.

C'est un enfant nerveux, instable, pénible, qu'il faut surveiller sans cesse. Il se fixe difficilement. Il s'intéresse aux livres, mais au bout d'un moment les déchire....parfois il a des gestes agressifs : auparavant mordait, griffait; si on le contrarie, il donne des coups. Bien que sa nervosité soit importante il est trés gentil et affectueux.

COMPORTEMENT A L'ECOLE

N'a jamais été en classe.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Fait le 1° septembre 1968.

L'enfant étant âgé de 6 ans 2 mois, il se présente dans une attitude d'opposition importante. Il s'intéresse spontanément aux jeux de construction et imite quelques gestes. L'examen s'est passé en présence de la maman qui demeure trés près de Serge ayant à son égard une préoccupation incessante de le voir répondre et bien faire ce qu'on lui propose. Serge exécute les des gestes spontanés, mais ne répond jamais correctement à la consigne. Son activité est importante, mais désordonnée. La latéralisation incertaine. Le langage inarticulé. La dispersion de l'attention et le refus de certaines épreuves rend difficile l'évaluation du niveau de Serge; nous admettrons que le Q.I est approximativement de 0,30.

OBSERVATION MEDICALE

Première consultation le 12 septembre I968

L'enfant est un mongolien typique présentant un retard généralisé du développement. Le faciès n'est pas exagérément ingrat.

A l'heure actuelle : instabilité motrice très importante (touche à tout, ne se fixe sur rien) est à la fois imitateur et opposant, affectueux et exigeant. Il mange gloutonnement. Il a du goût pour la musique et la danse. Il est très jaloux vis-à-vis de sa soeur. La famille est harmonieuse (chose curieuse " la mère est un peu mongol".).

Il y a lieu d'envisager son admission à l'I.M.P. "Les Terrasses" qui reçoit les enfants en externat et demi internat.

C'est enfant est refusé par la commission d'admission des Terrasses car trop instable.

Deuxième consultation le 2 janvier I969

L'enfant est un mongolien authentique, mais non monstreueux, trés animé, parfois suragité et opposant dans la mesure où il vit continuellement auprès de sa mère. Je le considère comme immédiatement éducable dans le cadre du mongolisme. Etant donné, d'une part, les virtualités que possède l'enfant, d'autre part, l'anxiété de la mère autour de l'enfant, il y a ici véritablement nécessité thérapeutique d'admission dans un centre spécialisé, tant sur le plan médical que sur celui de la pédagogie spéciale. On insiste de nouveau pour son admission aux Terrasses, car c'est, dans les Alpes-Maritimes le seul externat médico-pédagogique pour cette catégorie d'enfant. (la candidature est à nouveau refusée).

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

Electro-encéphalogramme pratique le 7 février I969

Dysrythmie majeure en rapport avec le mongolisme de l'enfant.

CONCLUSION

La solution proposée était la mise en externat médico-pédagogique, car l'enfant a des possibilités d'évolution et d'acquisition qui ne peuvent pas être exploitées au niveau familial. L'anxiété de la mère crée un climat défavorable à son épanouissement. Le refus d'admission par l'externat médico-pédagogique nous oblige à laisser l'enfant à sa mère, car nous n'avons aucune possibilité d'intervenir autrement avec l'équipement actuel.

Nous nous trouvons confronté au sous équipement du département en matière de prise en charge de l'enfant et d'autre part aux critères sélectifs qu'établissent progressivement les établissements en place.

Dans le cadre d'une organisation institutionnelle cohérente autour du Centre de Santé Mentale, nous aurions pu envisager une prise en charge à l'hôpital de jour. A titre transitoire, de multiples autres modes d'actions auraient pu être employés : prise en charge ambulatoire, ou hospitalisation à domicile.

DOSSIER N° 3

J..... Jean, né le 22 août 1960 à Nice
le père, né en 1932 de nationalité Yougoslave, maçon
la mère, née en 1934, de nationalité italienne, sans profession

MOTIF DE LA CONSULTATION

L'enfant est adressé par l'assistante sociale scolaire en raison de son instabilité à l'école qui a motivé son renvoi. Les renseignements sont recueillis le 14 mai 1965 par l'assistante sociale du Centre de Santé Mentale.

ANTECEDENTS PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES ET FAMILIAUX

La grossesse de la mère a été normale, l'accouchement à terme avec forceps, le poids est de 3 kg800. Il n'y a pas d'anoxie néonatal. L'allaitement artificiel, les premiers mots vers 10 mois, les premiers

pas vers 11 mois, les premières dents vers 9 mois. La propreté acquise la nuit vers 1 an. Les vaccinations anti-variolique D.T. et A.V. ont été pratiquées.

A deux mois, crises convulsives durant 3 à 4 minutes. Jusqu'à l'âge de 3 ans l'enfant est absolument normal, en excellente senté. Subitement (en l'espace d'une nuit) sans raison dit la mère, l'enfant ne se lève plus, refuse toute nourriture, ne parle presque plus, pleure. Il est traité par le médecin de famille pendant 1 mois. L'amaigrissement a été très important. L'électro-encéphalogramme est demandé par le médecin psychiatre consulté. La mère prétend qu'il est normal. En 1964, l'enfant est hospitalisé à Lenval pendant 1 mois et demi. La mère ne sait pas ce qu'il a eu. Il aurait présenté des convulsions vers 1965. Depuis 1 an n'a plus rien eu. Son état de santé habituel est bon, le sommeil bon, l'appétit bon.

Le père est en bonne santé, la famille paternelle rien à signaler.

La mère est en bonne santé, la famille maternelle rien à signaler. Il n'a ni frère, ni soeur.

HISTOIRE ET AMBIANCE DE LA FAMILLE

Les parents se sont connus à Nice où l'un et l'autre étaient venus pour travailler après avoir quitté leur pays. Il semble régner une bonne entente. Les parents sont désespérés de voir l'état de l'enfant. La situation matérielle est correcte.

HISTOIRE ET COMPORTEMENT DE L'ENFANT

Il s'agit d'un enfant unique. Au moment de sa maladie, il a perdu complètement la parole. La mère l'a rééduqué progressivement et à l'heure actuelle, l'enfant commence à reparler. Trés instable. Ne se fixe à rien. Touche à tout. Trés nerveux, bruyant. Aime s'amuser, mais avec les enfants plus grands (opinion de la mère).

COMPORTEMENT A L'ECOLE

A été renvoyé pour son instabilité de l'école maternelle.

OBSERVATION MEDICALE

Cet enfant est suivi au Centre de Santé Mentale depuis I965.

Première consultation le 6 août I965.

La mère confirme les données mentionnées sur le dossier social c'est à dire que l'enfant qui présentait un développement psychomoteur absolument normal jusqu'à l'âge de 3 ans, aurait présenté subitement, le jour de noël, une nouvelle crise, et au lever se heurtait aux objets, tombait, ne parlait plus, ne reconnaisait plus personne. Cet état aurait duré 3 mois. Les crises se sont reproduites, elles se présentent comme des pertes de connaissance avec révulsion des yeux et hypotonie, leur durée variable, de lo minutes à une demi-heure. La mère affirme qu'avec beaucoup de jus sucré, les crises ont disparu.

L'enfant se présente avec un état général correct, mais ne s'exprime pas de façon intelligible. Il a peur, le contact affectif semble bon, mais le contact sur le plan intellectuel ne peut être ébauché. Trés instable durant toute la consultation. Dans l'ensemble il a l'air atteint d'un déficit global post encéphalitique avec instabilité. Il semble comprendre quelques mots simples, mais ne peut exprimer un seul mot de façon compréhensible. Il semble entendre le bilinguisme, ne peut à lui seul expliquer ce qui semble être une séquelle encéphalique par atrophie cébébrale avec aphasie (à revoir après les tests).

Deuxième consultation en novembre I965

La mère prétend que l'enfant a fait quelques progrès et est beaucoup plus sage.

Il s'agit probablement de séquelle de type démentiel d'encéphalite à virus certainement primitive, puisqu'il n'y a pas eu d'infection mais une forte température avec convulsion et régression du développement psychomoteur.

Actuellement l'enfant semble atteint d'une mudité puisque, tout en entendant, les sons ne prennent pas de valeur au point de vue verbal. Sa parole est toujours inexistante, horsmis quelques phonèmes incompréhensibles.

L'enfant se présente avec une instabilité motrice et des rires inexpliqués. Il s'applique à refaire les gestes de la mère.

Une consultation auprès d'un spécialiste de la phoniatrie est demandée. Cet enfant va être suivi régulièrement, mais la mère refusera systématiquement tous les placements qui lui sont proposés.

Deuxième consultation en novembre 1968.

L'enfant est revu, car la mère accepterait un placement.

Serait trés doux avec les enfants du jardin public. Il ne participerait pas aux jeux. Regarde les autres. Ne fait jamais de mal. Ne parle pas. Aime la musique. Dort bien. Suit un traitement dont la mère ignore le nom.

Il s'agit d'un petit garçon bien constitué physiquement, de traits extrèmement fins et réguliers, calme et doux, stéréotypé (mais il s'agit de stéréotypie expressive). De type nettement autistique. Il présente des troubles de l'élaboration du langage, sorte d'audi-mutité en rapport avec épisode encéphalitique (virus grippal à l'âge de 3 ans sur un témoin déjà fragilisé, convulsion à deux mois).

L'enfant est accompagné d'une mère phénoménale, une grande cavale, criarde, tourbillante, gesticulante, qui vient chez les médecins en ne croyant qu'au miracle. Elle parle un jargon peu compréhensible et écrase l'enfant de sa présence. Elle ne croit pas qu'il est malade, alors qu'il s'agit essentiellement d'un cas médical.

L'audition est bonne. On ne note pas de signes d'imprégnation neuroleptique.

Il est à redouter du fait de la complexité du cas de l'enfant qui ne correspond pas aux établissements de la région et du fait de la psychologie de la mère, que l'on ne parvienne pas à un placement durable. De toute façon c'est un semi-internat qu'il faut envisager.

Cet enfant, comme prévu, est refusé successivement dans plusieurs établissements de la région (I.M.P. C.O.R.E., hôpital de jour...). On demande au père de se présenter avec l'enfant.

N°.. consultation

L'enfant est revu avec son père et sa mère. Jean reste collé à sa mère et présente la même réaction d'effroi à son entrée que la fois précédente. Le père, malgré ses difficultés de langage, est intelligent,

coopérant, expliquant beaucoup mieux le comportement de l'enfant que la mère. Il dit que Jean a fait des progrès dans le sens que, lorsque l'on s'adresse à lui, il n'est plus un objet mais réagit à sa façon.

CONCLUSION

Le dispensaire d'hygiène mentale où vient régulièrement l'enfant ne dispose d'aucune autre possibilité d'intervention que de le proposer dans les différents établissements d'où il est d'ailleurs systématiquement refusé.

Une prise en charge de la mère parait nécessaire afin d'intervenir valablement au niveau de l'enfant; mais, dans l'état actuel du centre, rien ne peut être proposé.

DOSSIER N° 4

S ..... André, né le 22 décembre I963
le père, né en I926 est soudeur dans une entreprise,
la mère, née en I925, est sans profession
les parents ne sont pas mariés.

MOTIF DE LA CONSULTATION

La mère a demandé à ce que l'enfant soit examiné et suivit par un neuro-psychiatre en raisons de son importante arriération. Les renseignements ont été recueillis le 20 septembre I968 par l'assistante sociale du centre de Santé Mentale.

ANTECEDENTS PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES et FAMILIAUX (donnés par la mère)

La grossesse de la mère a été normale. L'enfant est né 3 semaines avant terme avec une double circulaire du cordon. Il était cyanosé et n'a pas crié de suite. Le poids était de 2kgs 700. A trois mois on constate déjà un retard de développement. A 6 mois toxicose grave traitée à l'hôpital de Lyon. Met ses premières dents à 8 mois, et fait ses premiers pas à 18 mois, mais présente des troubles de l'équilibre. A 18 mois ne dit que quelques mots.

En I966, encéphalite grave, l'enfant est hospitalisé dans le coma à Lyon.

En juillet I967 et janvier I968 hospitalisation à Sedan, l'enfant ne parle plus, il est paralysé, lève les yeux lorsqu'il entend du bruit : des examens complets sont alors pratiqués, (voir examens complémentaires).

Le père est bien portant; la famille paternelle sans particularité.

La mère a eu deux enfants, un en I962 : accouchement à 7 mois de grossesse d'une enfant décédée d'une hémorragie cérébrale. La mère avait eu une phlébite. Ensuite un enfant mortèné le 18 juillet I968.

HISTOIRE ET AMBIANCE DE LA FAMILLE

Les parents d'André ne sont pas mariés, la mère n'étant pas divorcée.

HISTOIRE ET COMPORTEMENT DE L'ENFANT

Il s'agit donc d'un enfant unique qui n'a jamais quitté sa famille. C'est un enfant très coléreux qui craint les bruits, ne peut rien tenir dans ses mains, ne mange que des bouillies, n'est propre ni de jour ni de nuit. Ne parle pas. Tombe souvent tout d'un coup comme un chiffon, se laisse aller.

COMPORTEMENT A L'ECOLE

Il ne fréquente pas l'école.

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

Nous avons le rapport du docteur RAVAIL de l'hôpital de Sedan où l'enfant a été hospitalisé.

Copie de la lettre :

Le jeune André, né le 22 décembre I963, est atteint d'une encéphalopathie grave. Cette encéphalopathie pourrait reconnaitre plusieurs causes, peut-être la prématurité, peut être une toxicose vers l'âge de 6 mois, peut être une encéphalite faite en I966, peut être origine métabolique.

La chromatographie bi-dimentionnelle des acides animés s'est avérée normale, peut être qu'une muchopolisaccharidose est à l'origine de cette encéphalopathie puisque le test de Béri-Phinangeurs aurait été trouvé trés positif à l'hôpital de Lyon.

Cet enfant présente aussi des manifestations épileptiques et un électro-encéphalogramme réalisé le 1er mars a révélé un tracé symétrique présentant, lorsque les yeux sont tenus fermés, un rythme dominant à 5 cyc secondes dans les régions postérieures et centrales. Sous sommeil, quelques accidents entraînant une suspition de comitialité sont enregistrés : tracé d'ondes delta postérieure survoltés, accidents parosxitiques ayant une allure de pointe onde dégradé généralisé. Il peut s'agir aussi d'un artefac.

L'enfant n'est pas resté suffisamment de temps pour que le test au Cétavlon ait pû être pratiqué.

Espérant que ces renseignements ....

OBSERVATION MEDICALE

L'enfant vient le 14 novembre 1968 accompagné par sa mère à la consultation d'hygiène mentale.

La mère précise "qu'elle le force à manger et qu'elle passe tout au moulinex, que son sommeil est très agité et qu'il prend actuellement du NEULEPTIL trois fois deux gouttes, et de l'APAROXAL 3 fois 4 gouttes.

Il s'agit d'encéphalopathe trés gravement détérioré, accompagné d'une mère pleine de sollicitude et complètement noyée dans la préoccupation de son enfant. Elle demande si on pourra faire quelque chose dans le sens de l'éducation tout en n'ignorant pas que c'est sans espoir. Toute sorte de recherches ont été faites pour déceler les origines de cette encéphalopathie; ce qui semble compter le plus dans l'histoire de cette mère, c'est la succession d'un enfant prématuré décédé d'hémorragie méningée, de cet enfant né à 3 semaines avant le terme avec une double circulaire du cordon et dont la fragilité créait les conditions d'une toxicose très grave, enfin un 3ème enfant mort-né.

Chez les parents, les facteurs rhésus sont exposés dans le même groupe sanguin.

Nous déconseillons le placement en internat.

Epilepsie très grave.

L'enfant est revu le 16 janvier 1969.

Il est amené par son père et sa mère qui prétendent qu'il fait actuellement des progrès. S'amuse avec son père, ramasse ses jouets et supporte bien le traitement.

CONCLUSION

La consultation où est reçu l'enfant est un dispensaire d'hygiène mentale de type classique où les moyens d'intervention et le personnel sont réduits au minimum. N'ayant pu proposer une prise en charge mère et enfant par un psychothérapeute, nous n'avons pu situer la demande de la mère et évidemment pas pu apporter une réponse, laissant l'enfant, objet à soigner occuper dans les fantasmes d'une mère angoissée et épuisée la place qu'il peut y trouver.

Nous aurions pu proposer pour cet enfant une prise en charge par un service d'hospitalisation à domicile qui aurait pu intervenir sur le plan psychothérapique et matériel selon la formule, la plus appropriée, après étude du cas et des moyens qui peuvent être employés.

DOSSIER N° 5

M..... Carole, née le 1° avril I959 à Nice.
le père, né en I936, est employé de commerce
la mère, née en I938, sans profession,
tous les deux de nationalité française.

MOTIF DE LA CONSULTATION

L'enfant est envoyé par l'établissement de Sclos de Comte en raison de son retard pour son placement dans cet établissement. Les renseignements sont recueillis en I966 par l'assistante sociale du secteur.

ANTECEDENTS PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES ET FAMILIAUX

La grossesse est normale, l'accouchement long mais normal, à 8 mois présence de crises avec simple révulsion des yeux. A I8 mois commence à marcher seule et dès ce moment commence un traitement par les barbituriques, car elle s'affessait comme un pantin pendant une durée de 30 à 4o secondes, mais il n'y avait pas d'émission d'urine. Elle a été admise deux fois en I96I au Centre Saint-Paul. L'enfant n'emploie que les mots principaux. A 2 ans, opération d'une tumeur de la région mentale gauche.tumeur benigne. 1 mois après réapparition des crises. A partir de ce moment commitialité avec une crise au moins par jour, parfois deux, une au réveil, l'autre vers 16 ou 18 heures. Durant 3 fois elle se blesse lors des chutes. Le traitement alors institué est un comprimé et demi Trinuride, 3 comprimés de valium, 1 comprimé d'orténal et 1 comprimé de lentérure phénobarbital.

Le père est en bonne santé. La famille paternelle R.A.S., deux autres enfants : Stéphane, né en I963, en bonne santé, Lamine, née en I965, en bonne santé.

HISTOIRE ET AMBIANCE DE LA FAMILLE

Les parents vivent avec la grand mère maternelle. La mère semble trés attachée à sa fille, elle est un peu aigrie par la situation. Elle a déjà consulté beaucoup de spécialistes et l'enfant est actuellement suivit par le docteur DARCOURD. Elle n'est plus accepté dans certaines maisons parce qu'elle demande une surveillance constante. Les parents ont sollicité son placement à Sclos de Comte. La situation matérielle paraît trés aisée.

HISTOIRE ET COMPORTEMENT DE L'ENFANT

C'est l'aîné de 3, elle n'a jamais quitté sa famille. Lorsqu'elle a été hospitalisée au Centre Saint-Paul, elle était avec sa mère. Sa démarche est projeté en avant, la jambe droite plus raide que la gauche. Elle ne mange pas seule, on a l'impression qu'elle a du mal à avaler. Elle est très sensible à la musique. Elle marche sur un tricycle. S'entend trés bien avec son père. Elle est instable, énurétique actuellement.

RESUME DE L'OBSERVATION TRANSMIS PAR LE CENTRE St-PAUL

Carole a fait deux séjours à Saint-Paul : l'un du 3 mai au 26 juin I96I, l'autre du 11 novembre au 2I novembre I96I également.

C'est une enfant unique, sans antécédent obstétrical particulier, et qui aurait eu un développement apparemment normal jusqu'à I8 mois où elle marchait. Toutefois, à l'âge de 8 mois et à 1 an, l'enfant a des petites crises, caractérisées par une révulsion des yeux et unehypotonie de la tête. Ces crises sont très irrégulières, au début, mais entre les âges de I et I7 mois, elles deviennent extrêmement fréquentes. Elle tombe par dérobement des membres inférieurs.

Vers l'âge de 18 mois, les crises se sont modifiées fiées : elle les sent venir. Elle va vers sa mère, agite doucement la tête, un demi-sourire sur les lèvres, crispant ses mains, puis la chute brutale survient. Durée des crises : 4o secondes. Un premier traitement par 6 cg de gardénal améliore les crises, mais on s'aperçoit que l'enfant se sert moins de sa jambe droite que de sa jambe gauche.

Par la suite, l'enfant a continué à présenter de très nombreuses crises avec dissolution du tonus, et des crises à début psychique et angoissant.

A notre examen, il existait une discrète hémiparésie droite, sans signe d'irritation pyramidale et de nombreuses taches achromiques.

Les radios du crâne avaient montré l'existence d'une d'une calcification de la taille d'une noix dans la région parasagittale gauche, à la hauteur du trou de Monroë.

Sur l'encéphalographie gazeuse, cette calcification se projetait sur le trou de gauche, en soulevant le plancher de la corne frontale gauche.

On est intervenu sur cette tumeur : il s'agissait d'une dysplasie blastomateuse ayant subi une métamorphie calcique type astrocytome calcifié. Lors de

l'intervention, les neurochirurgiens avaient remarqué l'existence d'une zone cartonnée de 2 cms de diamètre environ sur la face externe du lobe frontal gauche. Ils sont descendus sur la tête du noyau caudé qui fait partie de la zone de résection.

Après l'intervention, l'enfant est resté 1 mois sans crise, puis elles sont revenues. L'enfant va vers sa mère, se crispe, les yeux dans le vague, puis il y eu un relachement, mais l'enfant ne tombe pas.

Les tracés EEG après l'intervention ne montrent qu'une asymétrie constituée au dépens des régions moyennes et postérieures de l'hémisphère gauche où siègent d'ailleurs quelques anomalies irritatives à type de pointes peu amples. Un enregistrement sous sommeil a montré l'absence d'anomalies irritatives avec, à l'endormissement, l'apparition de quelques décharges de pointes et de pointe-ondes temporo-occipitales gauches. Par la suite, il y a eu une accentuation des décharges.

Avant l'intervention, les EEG montraient l'existence d'un foyer de pointes lentes à gauche, dans des régions occipito-temporales. Une crise avait été enregistrée, caractérisée par une décharge lente. Sur d'autres tracés, outre le foyer, il existait des pointes ondes s'organisant en bouffées généralisées.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Fait le IO novembre I966, l'enfant étant âgé de 7 ans 7 mois.

Comportement : l'enfant bave beaucoup, le visage est très rarement expressif, cependant la poupée, le miroir éveillent l'intérêt et provoquent un sourire. Le départ de la mère bien accepté. Carole se montre tantôt agitée, tantôt instable, jettant tout à terre, donnant des coups de pieds, poussant des cris, tantôt totalement amorphe. Elle enregistre les consignes très simples, mais s'y plit mal, elle ne peut se fixer.

A l'échelle de BRUNET-LEZINE, l'âge de développement est 15 mois 2I jours Q.D = IO

On doit tenir compte du développement qui diminue quelque peu le rendement.

Contrôle postural, âge de développement 18 mois Q.D = 23 (échec au coup de pied dans le ballon, trouble de la marche).

Coordination âge de développement I3 mois 20 jours Q.D. I4.

Langage âge de développement I3 mois I5 jours Q.DI8 prononce quelques mots mal articulés, ne peut désigner ni montrer les images. N'associe pas 2 mots.
Sociabilité : âge de développement I8 mois.
Graphisme gribouillage léger.

Arriération profonde. Il semble que les possibilités d'acquisition sont trés minimes.

COMPORTEMENT A L'ECOLE

Elle est restée 3 ans chez Mlle JOUGLAS où elle se trouve encore actuellement, mais on ne peut la garder en raison de la surveillance qu'elle demande.

OBSERVATION MEDICALE

L'enfant est vu au Centre le 6 septembre I966. Elle est accompagnée par sa mère. Elle bave par moment fait encore une crise au réveil et parfois dans l'après midi. Durant tout l'entretien, elle est restée calme assise sur sa chaise. La mère est très tendue, trés perturbée par la situation. Les tests sont à faire.

Le 17 novembre I966, le dossier et les tests sont soumis au Directeur de Sclos de Comte. L'enfant, qui suivait a l'école chez Mlle Jouglas, est refusée en raison de la surveillance qu'elle demande. Successivement, toutes les demandes de placement sont refusées, tout d'abord à l'I.M.P. de Sclos de Comte, ensuite aux Terrasses. Elle est enfin acceptée le 28 novembre I966 à l'I.M.P. de Vallauris qui reçoit les enfants ayant un Ql inférieur à 30 en internat.

CONCLUSION

Il n'existe dans le département aucun établissement acceptant les épileptiques en raison de la surveillance qu'ils demandent. Seul un I.M.P. pour "encéphalopathes et grands arriérés" les prend en charge jusqu'au jour de leur I6 ans. Ils sont alors envoyés sur le champ à l'hôpital psychiatrique où rien n'est prévu pour eux si ce n'est un "gardiennage".

Dans le cadre d'une psychiatrie orientée et organisée vers la prise en charge globale de l'enfant et de l'adolescent avec un essaie de continuité dans les soins, il est prévu des services pour les enfants fixés

à un niveau de déficit profond. Ce sont des annexes de l'hôpital psychiatrique qui continuent la prise en charge lorsque le malade a atteint l'âge adulte (ceci étant la proposition des pouvoirs publics, circulaire d'août I963).

Ce centre annexe doit comporter diverses sections correspondant à des thérapeutiques plus ou moins actives de telle façon que les transferts puissent être réalisés chaque fois qu'ils paraissent utiles.

Pourtant il nous semble préférable de tendre vers un mode d'assistance le plus proche possible d'une vie normale, par la fréquentation d'ateliers protégés, d'instituts médico-professionnels ou tout autre mode d'assistance par le travail. Il faut en tout cas éviter les établissements à forte densité car l'on recréerait l'univers ségrégatif des grands centres asilaires.

DOSSIER N° 6

B..... Danielle née le 2 novembre I955 à Nice
le père, né en I924 est préposé au cheminement P. et T,
la mère, née en I930 est sans profession.

MOTIF DE LA CONSULTATION

Adressée par le docteur de la famille en raison du retard intellectuel et scolaire.

Les renseignements sont recueillis par l'assistante sociale du Centre le 13 janvier I964.

ANTECEDENTS PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES ET FAMILIAUX

La grossesse et l'accouchement normaux, née à terme, cri spontané, poids 3 kgs I00. Elevée au sein pendant trois mois. Les premières dents, les premiers pas, les premiers mots ont été normaux. N'a jamais été propre, énurésie persistante. L'appétit et le sommeil normaux. A l'âge de 1 an et demi aurait fait une convulsion durant quelques minutes, ce cas reste isolé.

Vers 2 ans et demi a été vaccinée contre la fièvre jaune, 5 jours après a présenté des convulsions : yeux révulsés, de la table est allée sur son lit trés raide puis a eu la nuque raide durant une journée, s'est estompée progressivement.

Hospitalisée 2 mois à Pointe-Noi e, puis à l'hopital de la conception à Marseille pendant 2 mois et demi, elle est envoyée aux Enfants Malades dans le service Président Kieffery pour encephalite en été I958.

Le père est actuellement en congé maladie pour dépression et asthénie.

La mère hospitalisée à plusieurs reprises en hôpital psychiatrique.

Deux soeurs nées en I954 et I957 sans particularité.

HISTOIRE ET AMBIANCE DE LA FAMILLE

La famille est arrivée de Normandie au mois de novembre I962. Elle parait assez perturbée par le comportement de la mère volubile, agressive vis-à-vis de son mari, sous un aspect souriant et soi disant trés calme. Le père paraît excédé du comportement de sa femme. La situation matérielle est satisfaisante.

HISTOIRE ET COMPORTEMENT DE L'ENFANT

Trés affectueuse mais capricieuse, aimerait beaucoup aider sa mère au ménage. N'obéit que lorsqu'elle en a envie. Difficultés d'élocution.

COMPORTEMENT A L'ECOLE

A été à la maternelle à Paris vers 5 ans et demi. Fréquente actuellement le Cours Préparatoire de l'école Aubes.

COMPTE RENDU DE L'ECOLE

Inscrite au C.P. à Nice depuis octobre I963. La fréquentation est régulière, le niveau scolaire inexistant, l'enfant ne suivant aucune activité de classe.

Scolarité antérieure : a fréquenté le C.P. dans une autre localité.

Elle est très calme, et a de grosses difficultés de prononciation. Les gestes sont maladroits, elle

est sensible, affectueuse. Son niveau mental ne lui permet pas de participer aux activités de la classe, mais elle participe aux jeux de récréation. Elle ne présente aucun caractère d'instabilité, c'est une enfant douce, calme, franche, honnête. Au point de vue travail, il est difficile de retenir son attention, elle veut agir sans écouter la moindre explication. Acquisitions : lecture néant. écriture, néant. calcul néant. Elle n'a aucun sens du rythme, ne sait même pas se ranger. Elle est une gentille camarade, confiante, affectueuse, jamais brutale.

Les parents, d'un milieu modeste, soignent et élèvent bien leur fille; ils sont dispose de l'enfant à la placer dans une école spécialisée.

DOSSIER MEDICAL

Cette enfant est suivie par le Centre de Santé Mentale depuis le 30 janvier I964 où l'on concluait à "vue grosse arriération intellectuelle QI 0, 40 avec instabilité psycho-motrice. Importantes perturbations familiales, nécessitant un placement pour la durée de l'année scolaire.

Le premier mars I964, elle est admise dans un externat médico pédagogique qui nous a transmit le bilan suivant :

Danielle entre au Centre le 1° mars I964, âgée de 8 ans 4 mois. Elle est alors inattentive et instable. Lors de l'examen et des tests, elle regarde partout autour d'elle et on a beaucoup de mal à attirer son attention. Elle peut trés bien commencer à dessiner un bonhomme et continuer en faisant un oiseau.

Elle est trés latéralisée, mais la notion générale de l'espace est moins bonne. La notion de sexe n' n'est pas bien acquise...

L'examen psychologique fait fin avril I964 montre au test de Termann-Merric vu âge mental de 2 ans 11 mois pour un âge réel de 8 ans mois, le QI est de 34. l'âge de base est de 2 ans, il y a réussite à une épreuve de niveau 4 ans et demi. Son vocabulaire est pauvre, s'y ajoutent des difficultés d'élocation.

Le test non verbal de Borel-Maisonny montre vu âge mental compris entre 2 ans et demi et 3 ans.

En juillet I964, elle a appris à s'habiller, se deshabiller, connait les couleurs élémentaires,

sait faire un cercle, enfiler des perles classer les jetons par couleurs, faire des puzzles à 3 ou 4 éléments. Elle est incapable de tenir correctement un ciseau ou crayon et ne sait pas respecter un tracé.

Caractère : Danielle est gaie, enjouée, toujours souriante, elle a de grosses difficultés de compréhension et de communication. Elle est cependant très sociale et aime rendre service.

En octobre I964, elle n'a fait aucune acquisition. Etant donné l'âge de l'enfant, il convient de continuer une rééducation assidue mais son âge mental ne nous permet pas de la garder au centre.

Prise à l'essaie par l'I.M.P. "Les terrasses" le 9 mars I965 d'où elle sort sur décision de ses parents.

N°.. consultation le 2.I.I968

L'enfant vient accompagnée par sa mère, qui lui donne de l'Alepsal. Il s'agit d'un cas médico-social au maximum, concernant une pré-adolescente organiquement lésée et que l'on peut dire dès maintenant en "danger moral". La mère qui accompagne sa fille, a été internée pour dépression. Il s'agit en réalité d'une grande déséquilibrée dont le comportement est très "atypique" : verbiage pas toujours cohérant, maniérisme, mimique légèrement discordante, expression sub-délirantes concernant en particulier la fille malade, qu'elle éduque elle-même et qui est guérie!!! Alors qu'il s'agit manifestement d'un état évolutif avec atrophie célébrale en rapport avec une encéphalite consulsive de l'âge de 2 ans et demi "je sais qu'elle n'aura pas de crise".

Danielle est une fille longiligne, bien constituée physiquement, jolie de traits, souriante, docile. Elle n'a rien de dégénératif. Sur le plan psychique il s'agit d'un gros retard du développement avec régression de type autistique. Il y a cependant contact, dialogue, intérêt porté aux objets (gestes trés maternels vis-à-vis d'un poupon, adaptation à la situation). Il y a donc des possibilités éducatives à exploiter en dehors de la sollicitude qui pourrait être spéciale de la mère..."une fille çà n'a pas besoin de travailler"

L'examen neurologique est difficile du fait d'une certaine craintivité émotive (poul trés rapide et aussi du peu de compréhension des consignes. Les réflexes rotuliens sont vifs, inégaux, le droit étant nettement polycinétique.

La mère, surtout intéressée par le certificat de scolarité, ne ressent pas le besoin de nous. A suivre de très près sur le plan social.

CONCLUSION

La famille étant signalée à la Sauvegarde de l'enfance, une mesure d'assistance est intervenue et Danielle a été prise en charge par ce service.

DOSSIER N° 7

S .... Didier né le 7 avril I969
le père, âge de 39 ans, est boulanger
la mère, âgée de 39 ans est sans profession

MOTIF DE LA CONSULTATION

Didier est amené par sa mère car depuis l'âge de deux ans, il présente des troubles du comportement. Les renseignements ont été recueillis le 10.6.I969 par l'Assistante Sociale.

ANTECEDENTS PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES ET FAMILIAUX

La grossesse normale, mais il est à signaler une anesthésie générale de la mère pour intervention sur hernie étranglée au quatrième mois de la grossesse. L'accouchement est normal, l'enfant crie immédiatement. Le poids est de 2 kgs 800. Le développement psycho-moteur est normal. La marche est apparue vers I5 mois. Parle trés peu et actuellement ne dessine plus.

A eu les maladies infantiles banales.

Le père est en bonne santé.

La mère est en bonne santé.
Aucun renseignement sur les grand-parents, on signale une tante qui bégaie.

HISTOIRE ET AMBIANCE DE LA FAMILLE

Enfant unique de parents frustres (mère piémontaise), le père qui est boulanger ne voit guère son fils et lorsqu'il est chez lui ne parle quasiment pas, la mère dit être nerveuse et surmenée, elle parle beaucoup.

HISTOIRE ET COMPORTEMENT DE L'ENFANT

Il aurait commencé à parler à 2 ans, mais n'aurait fait aucun progrès, de même alors qu'il dessinait un peu, ne sait plus tenir un crayon. Très coléreux. La mère dit que l'enfant montre du doigt un endroit quelconque de la pièce où il se trouve, en disant qu'il voit un petit tracteur.

COMPORTEMENT A L'ECOLE

N'a jamais été en classe.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

L'enfant est très opposant et refuse par moments certaines épreuves. Il semble que son opposition s'accentue avec la fatigue.

Au Terman-Merril, il présente un âge mental de 2 ans 7 mois pour un âge réel de 4 ans 6 mois, ce qui correspond à un Q.I = 57.

Au Borel-Maisonny, le niveau se situe autour de 2 ans 6 mois. La compréhension des consignes est difficile et surtout très irrégulière. L'enfant s'intéresse peu aux épreuves et semble indifférent aux compliments ou aux réprimandes. Seule, la promesse de bonbons réduit parfois son opposition. La coordination motrice paraît bonne, latéralisation très nette (à droite). Dans le domaine du langage, l'enfant reproduit les phrases de l'adulte et les répète plusieurs fois de façon mécanique et stéréotypée. Il est cependant capable de différencier et de nommer correctement les images. Le graphisme n'est absolument pas structuré, niveau du gribouillage.

OBSERVATION MEDICALE

Consultation le 9 juin I969

La mère entre et pleure avant de parler..; puis "je ne sais pas ce qu'il a mais depuis qu'il a 2 ans il ne fait plus aucun progrès. Il était pourtant normal. Dès qu'il voit quelqu'un, il crie, s'accroche moi, dès que je le constrarie se roule parterre, fait des colères, avant il dessinait, maintenant il ne sait plus, il regarde le crayon, le tourne dans ses mains et plus rien... il se met dans un coin de la pièce, regarde fixement un endroit et dit "tracteur" en montrant du doigt .... quand il fait quelque chose, il ne s'arrête plus et pendant des heures, il tape sur quelque chose, on dirait qu'il n'est pas normal. Je lui donne à manger tout passé au mixter. Il ne veut rien manger seul, sauf les biscuits et les pâtes... Il est souvent constipé. Je l'ai amené chez le médecin. C'est comme moi quand j'étais jeune et même encore je suis constipée. C'est peut-être les vers qui le rendent pas bien" La mère volubile, inquiète, va durant toute la consultation invectiver l'enfant d'une voix chantante "dit merci... regarde en face.... tient toi droit... touche pas.... réponds...." Prétend que le père ne parle jamais.

Dès l'entrée dans le bureau, Didier manifeste des troubles du comportement, sautille, crie avec les mains sur les oreilles, s'accroche à sa mère, refuse tous les jouets qu'on lui présente, se mord le dos de la main, court partout, puis tourne en rond en silence.

Le premier contact avec l'adulte provoque une crise d'exitation motrice, mais, malgré un contact paradoxal il va montrer sur demande le nez, la bouche les oreilles et répéter ces mots en écholalie. La voix est inexpressive, atonale. Aucun vocabulaire propre. Tout ce qu'il dit est en écholalie ou métalalie.... il va alors répéter le mot plusieurs fois.

Ne s'interesse pas au jeu sauf à un téléphone qu'il manipule de façon stéréotypée durant près d'un quart d'heure. Lorsqu'on lui met un crayon dans la main et qu'on l'appuie sur le papier, il ne fait que des traits informes..... au hasard du crayon...

Il se sert de biscuits et ne peut plus s'arrêter, l'enlèvement de la boite à biscuit provoque une crise de cris et de sautillements.

Au point de vue somatique, son développement staturo-pondéral est normal. Il ne semble y avoir aucun déficit sensoriel.

Traitement : Halopéridol faible 5 gouttes le matin, 10 gouttes le soir.

A convoquer pour une prise en charge psychothérapique, deux fois par semaine.

Les troubles du comportement et les troubles du langage avec stéréotypie verbale ainsi que régression, permettant de penser à une psychose infantile.

CONCLUSION

L'enfant a été pris en charge en séance de psychanalyse dans le cadre des cures ambulatoires du Centre de Santé Mentale. La mère participera aux groupes de parents dès que cette activité sera mise en fonctionnement.

DOSSIER N 8

M. ..... Jean, né le 30 octobre I956 domicilié à Nice
le père décédé
le beau-père est cuisinier
la mère était fonctionnaire avant son remariage - actuellement sans profession

MOTIF DE LA CONSULTATION

L'enfant est envoyé au Centre de Santé Mentale par le psychologue scolaire chargé de la circonscription de Nice-Ouest. Les renseignements sont recueillis le 4 décembre I969 par l'Assistante Sociale du Centre.

ANTECEDENTS PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES ET FAMILIAUX

La grossesse est normale, l'accouchement à terme avec les forceps, les premiers cris sont immédiats, le poids à la naissance est de 3 kg 500. Les premiers pas à 15 mois. Les premières phrases vers 20 mois. La propreté de jour et de nuit est acquise à 2 ans et demi. Il écrit de la main droite, mais mange de la main gauche. L'appétit est bon. Il a des difficultés à s'endormir.

Furonculose jusqu'à deux ans. Eczéma vers deux ans jusqu'à 11 ans. A 3 ans a fait un début de diphtérie, il n'était pas vacciné à cause de son eczéma. A eu la varicelle et la rougeole sans complications. Aucune opération chirurgicale.

La mère en bonne santé, très autoritaire. Deux grossesses. La famille maternelle est décédée.

Le beau-père : nous n'avons pas de renseignements précis. Une soeur Christine 4 ans en bonne santé, du deuxième mariage.

HISTOIRE ET AMBIANCE DE LA FAMILLE

La mère était fonctionnaire aux forces armées; elle a demandé une retraite anticipée. Elle s'est remariée avec Monsieur M.... alors que Jean avait six ans. Une petite fille est née de ce mariage en

1965. Elle parle longuement de Jean, mais nous ne pouvons obtenir aucun renseignement sur elle, ni sur sa situation conjugale. Ils habitent dans un appartement correct bien qu'exigu.

L'atmosphère familiale est extrêmement tendue. La mère est méfiante, rigide, sévère, autoritaire, le père paraît plus tolérant, mais il est très souvent absent.

HISTOIRE ET COMPORTEMENT DE L'ENFANT

Jean a été élevé par sa mère jusqu'à 3 ans, puis placé chez une gardienne pour que sa mère puisse travailler. Elle le reprennait le soir. La mère s'étant remariée alors que l'enfant avait 6 ans, Jean n'a jamais revu son père et n'a que de très lointains souvenirs de lui. A 10 ans, il a été mis en pension à Cavaillon chez les Frères où il n'y a eu aucun problème. Les problèmes auraient commencé lorsque les parents sont venus à Nice. La scolarité avait été normale jusque là. Il va redoubler deux fois le C.M. 2° année. L'institutrice signale qu'il a toujours des bonbons dans la poche alors qu'il n'a pas d'argent.

A la maison il est par moments affectueux, aime beaucoup sa petite soeur, mais il n'obéit pas, ne s'intéresse à rien, ment, vole l'argent de poche, les cigarettes; sa mère enferme tout à clé. Il ne reste jamais en place, même en regardant la télévision, tripote toujours quelque chose, dérange et casse tout. Il est très sale et "fait les pires sottises", jette des journeaux enflammés par les fenêtres, met le feu aux taillis en passant. Il avait volé un vélomoteur et, comme son père l'avait corrigé, il a pris plusieurs cachets de "BINOCTALS". Il prétend qu'un jour il tuera quelqu'un sans faire attention.

Aime beaucoup la télévision, lit des illustrés mais jamais de livres. Aime beaucoup nager, mais il s'est fait renvoyer du club de natation.

COMPORTEMENT A L'ECOLE

Les troubles scolaires ont commencé au C.M. 2° année qu'il a redoublé deux fois. Est actuellement en cinquième de transition au C.E.S. de la Madeleine moyenne où il a été considéré comme un élément dangereux étant donné son agressivité. Une procédure d'exclusion est engagée. Le garçon est très brutal

plusieurs parents d'enfants se sont plaints au Directeur.

Malgré une tentative de prise en charge au Centre de Santé Mentale en cure ambulatoire qui avait permis au Directeur de l'établissement scolaire de suspendre la procédure d'exclusion, quatre mois après, il est mis à la porte par l'Inspecteur Primaire après absorption d'une bouteille de Pastis et tentative de viol sur une enfant de la classe dans la colline.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

"Enfant peu timide. Parle assez facilement. De bons contacts s'établissent rapidement avec l'examinateur. Désir de coopération très vif. Assez fatigable. Appliqué. Pose de nombreuses questions et cherche apparemment une sécurisation.

WISC : QI verbal = 108
QI performance = 96
QI global = 103

Epreuves verbales meilleures que les épreuves de performance.

Epreuves verbales :
- semble avoir des difficultés au niveau de la compréhention dans le domaine social. La socialisation de l'enfant n'est pas très bonne et son adaptation à la réalité est faible.
- bon pouvoir de concentration et bonne vivacité intellectuelle.
- légère difficulté à manier l'abstraction.

Epreuves de performance :
- bonne observation perceptive
- assez bonne compréhension mais de la lenteur, et toujours un problème en ce qui concerne l'adaptation de l'enfant au réel.
- difficultés aux cubes ; lenteur, mais bonne habilité manuelle (se sert de la main droite et de la gauche).
- perçoit correctement les rapports entre les différents éléments d'un tout.

Dyslexie :
- mauvaise assimilation grammaticale
- très léger trouble

Dessins - CAT :

Gros problèmes affectifs :

- dans le dessin de la famille : la soeur n'existe pas et l'enfant se représente avant la naissance de celle-ci, le père est féminisé à l'extrême.
- anxiété importante, due, semble-t-il, à une situation familiale qui ne le rend pas heureux.
- désir de réussir sa vie du point de vue affectif et familial.
- tendances très nettes à la rébellion, à l'instabilité, à une certaines agressivité dues, semble-t-il, aux gros problèmes affectifs que rencontre l'enfant.

OBSERVATION MEDICALE

Première consultation le 16/I2/I969

L'enfant vient accompagné de ses parents. Immédiatement, la mère va parler de Jean "son comportement est bizarre pour son âge, il est tête en l'air, atrocement fainéant, ne fait rien à l'école, çà fait trois ans qu'il perd, il ne veut pas travailler, il vole de grosses sommes, il ment, ne dit plus un mot de vrai. Je ne peux le laisser seul un instant, je suis toujours obligé de le surveiller. Il a une mobylette, la lui a-t-on donnée? on le renvoit de partout. Je finis par me demander si c'est normal. Le feu est une passion pour lui. Je suis obligée de tout fermer à clef. Partout on me fait des reproches, on parle de le mettre à la porte une fois de plus de l'école, pourtant en pension chez les Frères à Cavaillon tout allait bien. Il n'est pas méchant, ni rancunier. Sa seule passion c'est les illustré. On a tout essayé, punition, raisonnement, etc...On lui défend, il va même jusqu'à voler de l'argent dans le sac de nos invités. A la suite des conseils du psychologue scolaire on a été plus conciliant, çà n'a pas marché, ce fut pire. Il me dit : - " Tu es toujpurs sur moi". Pourtant il a tout de plus que les autres. Il a dégoûté tous les autres. Je ne sais pas par où le prendre, je n'ai pas trouvé de faille. Il est très nerveux, mais quand on lui parle gentiment, il pleure et s'attendrit.

Je lui donne des temps de trajet et des horaires fixes pour qu'il rentre de l'école; mais çà na fait rien, il rentre à n'importe quelle heure. Il aimerait s'occuper de sa petite soeur, mais on ne peut pas la lui confier, il l'aime bien mais ne fait pas attention. S'il lui fait du mal, c'est sans le vouloir, il voudrait

l'amener faire des courses, mais je ne puis lui donner cette responsabilité. Il a une chambre à lui tout seul, mais derange tout dans sa chambre et casse ses jouest. Il s'ennuie toujours, et demande sans cesse quelque chose qu'on ne peut lui donner, par exemple des jeux de constructions ou des avions de guerre. On ne les lui achète pas car il ne saurait pas s'en servir et démolirait tout, tout de suite. Je voudrais pouvoir le traiter autrement que comme un bébé, mais avec toutes ses bêtises c'est impossible. Comme il n'arrivait pas à s'endormir, je lui donnais du Binoctal et un jour, il m'a dit : "comme je suis fou, un jour, je tuerai quelqu'un dans faire attention".

Le beau-père s'exprime à son tour pour compléter le tableau du fils : "il est instable, ne sait pas ce qu'il veut, voudrait sa liberté, il voudrait être un homme, il veut fumer, boire, avoir de l'argent, il ne s'intéresse à rien, commence tout et abandonne vite. On a tout essayé. A l'école, il comprend vite mais ne veut pas faire d'efforts; il ne rapporte jamais, ni cartable, ni cahiers."

Jean ne sait pas ce qu'il veut faire plus tard, rien ne le tente.Il vient pour savoir dans quelle école on doit le mettre. " Je suis très bien dans l'école où je suis, en calcul et en orthographe çà va bien. C'est en italien que çà ne va pas. A la maison je me fais crier. Je ne le fais pas toujours exprès. Je me dispute avec ma soeur. Elle n'est pas sage. Je l'aime bien. Mes parents lui donnent toujours raison alors que parfois elle a tort. J'aimerais qu'on ne soit plus derrière moi. Je voudrais sortir avec mes copains, aller à Luna-Park et au cinéma.

CONCLUSION

La nécessité de séparation du milieu familial s'impose, d'une part l'enfant est exclus définitivement par l'éducation nationale. D'autre part, l'atmosphère familiale est très défavorable et entretient Jean dans son rôle de "mauvais sujet".

Un placement est demandé pour la rentrée scolaire à l'institut pédo-technique de Toulouse où il est accepté. Une intervention auprès de l'éducation nationale permettra peut-être sa réintégration l'an prochain dans le cycle normal.

En attendant l'enfant participe à des séances
psychodrame analytique, une intervention au niveau
la famille est souhaitable; elle ne peut être réa-
sée avec les moyens dont dispose actuellement le
ntre.

DOSSIER N° 9

NS ... Joelle, née le 16 juin I964 à Alger, domi-
liée à Nice.
père est inspecteur à l'éducation nationale,
recteur des études au C.R.P.S.
mère est secrétaire.

TIF DE LA CONSULTATION

L'enfant est adressé par ses parents en raison
une situation d'échecs persistants à l'école, qu'elle
arriverait pas à surmonter.Les renseignements sont
cueillis le 2I.I.I966.

NSEIGNEMENTS RECUEILLIS PREALABLEMENT A LA CONSUL-
TION PAR L'ASSISTANTE SOCIALE

técédents physiologiques et pathologiques.

La grossesse est normale, l'accouchement est long,
enfant né à terme, forceps,allaitement artificiel.
rche : 11 mois, 1° mots précoces, propreté précoce
est pas encore réglée.
oitière, sommeil assez bon mais s'enfouit dans les
aps mettant le traversin au fond du lit.
asme de l'oeil droit, par moment ne voit pas.
at de santé excellent.
re : amibiase; famille paternelle R.A.S.
re : R.A.S.; famille maternelle R.A.S.
frère Guy, né le 28.2.I958 qui étaitépanoui et op-
miste mais qui, depuis un an, est devenu agressif
répond sans cesse.

STORIQUE ET AMBIANCE DE LA FAMILLE

La famille est arrivée en France en I962 venant
Afrique du Nord; l'enfant a assisté aux évènements
Algérie (assassinats....). Les parents tous deux
seignants, sont perfectionnistes à l'excès. La mère

La mère réagit mieux que le père devant la situation; elle semble plus patiente.

HISTOIRE ET COMPORTEMENT DE L'ENFANT

Joëlle est l'aïnée de deux; élevée par ses grands parents paternels jusqu'à l'âge d'un an, la réintégration dans le milieu familial a été difficile.

Elle ne supporte pas la présence de son frère (n'admet pas qu'il vienne dans sa chambre).

Elle n'est pas expensive, mais quand même trés émotive.

Le père pense qu'elle a une intelligence normale mais qu'elle est handicapée.

Trés opposante dans le milieu familial, elle ne s'extériose jamais avec ses parents.

Assez coquette, mais peu soigneuse.

Au point de vue avenir, elle a diminué ses ambitions car elle manque de confiance en elle-même.

Elle pleure parfois et se confie à des papiers.

Refuse de sortir avec ses parents en voiture ou en ville. Les relations avec sa mère sont très difficiles.

A l'école n'a jamais redoublé, mais le père prétend que c'est grâce à lui.

Joëlle refuse de recevoir ses camarades chez elle, pourtant elle parle avec eux.

Trés sportive, pratique la natation et le ski.

Lit beaucoup (lit au dessous de son niveau et trop, dit le père). Joue depuis quelque temps du piano.

DOSSIER PSYCHOLOGIQUE

Fait le 20.2.1966 - l'enfant étant âgé de 13 ans 8 mois

Joëlle, triste, fermée, fait un effort visible sans réussir cependant pour accepter plus facilement le contact; elle murmure ses réponses, et souvent ne peut achever ses phrases. Elle paraît sensible à l'intérêt qu'on lui porte et accepte presque volontiers la prolongation de l'examen. Elle aborde très brièvement et très superficiellement ses difficultés en retenant ses larmes.

Au WESHLER BELLEVU, elle obtient les résultats suivants:
IV : 121; IP : 106; QI : 121

Elle manque d'assurance, se sous-estime et hésite énormément, bute sur la difficulté qu'elle surmonte avec peine et grâce aux encouragements. Il semble que

le niveau peut-être considéré comme légèrement sous estimé en raison de l'inhibition.

Au test de Rorsthats, pour un temps de passation normal, le nombre de réponses est faible. Là encore on enregistre des blocages, la persuasion permet de surmonter l'épreuve. La pensée est inhibée, l'imagination sans richesse. La personnalité paraît paralysée par l'effort de contrôle de l'affectivité. Dans le domaine de l'affectivité on note des réactions normales mais aussi des réactions impulsives et signe plus inquiétant un manque total de maturité, facteur d'inadaptation dans les contacts affectifs. Il y a une angoisse très forte, refoulée, un trouble profond. Le contenu des réponses, tout comme le comportement traduit une attitude de résignation, un sentiment d'insuffisance, et unenette tendance dépressive.

En résumé : structure névrotique - anxiété - tendance dépressive - imaturation affective.

L'intelligence et la pensée adaptable demeurent des éléments positifs.

OBSERVATION MEDICALE

1ère consultation - l'enfant vient en Février I968 avec ses parents.

Les parents reçus seuls, précisent qu'ils ont demandé la consultation car ils n'arrivent pas à s'en sortir. Ils se plaignent du mauvais rendement scolaire de la fillette et de la jalousie vis-à-vis de son frère. Le motif de la consultation est donc des troubles du comportement au sein de la famille et des résultats scolaires médiocres. Ils confirment les données du dossier social et disent qu'il y a un écran "entre elle et le monde" qu'elle est là et qu'elle est absente.

IL est à noter que le coupe parental semble "à côté de l'enfant" qui aurait été une gêne pour eux au départ.

L'enfant se présente comme foncièrement fermée au dialogue, ne réussit pas à dessiner la famille, "répond aux questions : -"es-tu triste ou gaie ? " "Je ne sais pas", reconnait tout de même qu'il lui arrive de pleurer, avec des larmes, à la maison quand son frère l'embête ou l'agace, mais précise qu'elle a tort, dit aussi qu'il lui arrive de pleurer toute seule dans sa chambre. Joëlle, qui a certainement des

problèmes reste sur ses gardes, et ne se livre pas. Nous pensons qu'elle ne pourra le faire qu'à la faveur de test projectif.
En définitive, elle est "mal dans sa peau".

2ème consultation :

Joëlle est revue le 28 mars 1968, elle se montre aussi fermée que la première fois bien que trés attentive, presque trop vigilante, ne perdant pas une phrase de son interlocuteur, mais restant sans trève une véritable énigme, hyper-contrôlée sur le plan de la mimique sans que l'on puisse parler de discordance, elle est à cheval entre la larme du coin de l'oeil et le sourire du coin de la bouche. Durant l'entretien ne s'est livrée que deux fois, en reconnaissant de façon explicite qu'elle était très émue en rentrant dans le cabinet médical et lorsque interrogée sur ses aspirations et un possible désir d'autonomie; elle répondit de façon neutre "les enfants de 14 ans doivent rester avec leurs parents".

Le père est exigeant, la mère est anxieuse, mais l'un et l'autre sont mal participant et chacun à sa façon est rigide.

CONCLUSION

Le service de thérapie familiale ne fonctionnant pas à l'époque où Joëlle est venue en consultation, il a été proposé une prise en charge individuelle par un psychothérapeute. Nous n'avons jamais revu ni l'enfant, ni la famille. La raison de cette défection aurait du être analysée en groupe.

DOSSIER N° IO

.... JEAN-Luc né le 27.IO.I958 à Alger.
e père né en I9II est employé de mairie à Nice.
a mère née en I92I est sans profession.

OTIF DE LA CONSULTATION

L'enfant est adressé par son médecin traitant en aison de son retard scolaire. Les renseignements sont ecueillis le 24.II.I967 par l'assistante sociale du entre de Santé Mentale.

NTECEDENTS PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES et FAMILIAUX

La grossesse et l'accouchement sont normal. Le oids à la naissance de 3 kgs 200. L'allaitement mater- el pendant 1 an. Les premières dents à 4 mois, les remiers pas vers 1 an. La propreté est acquise vers an et demi. Les premiers mots à 9 mois, les premières hrases à 2 ans et demi. L'enfant est droitié. Les pa- ents ne signalent pas de troubles de l'audition, ni e la vue.
aladie de l'enfance : rougeole à 3 ans, varicelle à ans et demi, coqueluche à 5 ans.
accination : anti-variolique en I959, B.C.G. D.T.T.
on état de santé actuel est bon.
e père est atteint de rhumatismes depuis I958, la amille paternelle décédée sans particularité.
a mère sans particularité, De la famille maternelle este la grand-mère qui a une ankylose de la hanche.
uatre frères et soeurs : Antoinette née le 27.II.I94I ariée, habite Paris. Josette décédée à l'âge de 9 mois, érard né en I947 est un employé d'hôtel, Christian e en I952, Marie-José née en I963 fréquente l'école la Batterie Russe, Chantal, décédée à la suite d'une ntervention chirurgicale est le dernier.

STOIRE ET AMBIANCE DE LA FAMILLE

riage à Alger - la famille a été rapatriée en I962.

HISTOIRE ET COMPORTEMENT DE L'ENFANT

C'est le cadet d'une famille de 7 enfants. Il a a toujours vécu dans sa famille, c'est un enfant joueur qui fait passer les jeux avant les devoirs. Il recherche la compagnie des enfants du quartier. Il est turbulent, mais affectueux avec sa mère.

COMPORTEMENT A L'ECOLE

Fréquente l'école des Magnolats depuis Octobre I967, est inscrit au cours élémentaire 2ème année qu'il redouble. Difficulté en lecture et en orhtographe, meilleures notes en calcul (voir dossier scolaire).

RAPPORT SCOLAIRE

Elève ne trouvant pas sa place au cours moyen première année. Premièrement : grave dysgraphie, qui se retrouve au niveau des lettres les plus élémentaires (confusion classique, p,b,d,q, mais aussi h,k,g,z, s,c, etc....) oublie des mots, intervertion, lettres en surnombres, même dans de courtes copies.
Deuxièmement : dyslexie importante : mauvaise prononciation de t,b,d,p,c dur, g dur, qui sont confondus ainsi que ss, et ch par sympathie de voisinage (chasseur est écrit chacheur).
Troisièmement : dyscalculie. Les actions actives se limitent au mécanisme. Très très lente acquisition du sens des opérations. On trouve des invertions, des oublis de retenue, où même des oublis de nombres complets.
Un sérieux examen psychologique et intellectuel devrait renseigner sur le Q.I. et des inhibitions nombreuses dont semble souffrir l'enfant.

Des progrès notables en lecture ont été réalisés grace à des cours particuliers. On est en droit d'espérer des progrès en calcul à la moindre amélioration de la dyslexie car avec les premières petites réussites l'enfant s'intéresse au calcul.

Tous les maîtres qui ont eu l'enfant en classe ont eu l'impression qu'il était étranger à la classe.

Comportement en classe

Passivité et indifférence apparentes. En fait avec une certaine dissimulation, il se réfugit dans le bavardage et le rêve. J'ai observé avec étonnement des qualités de décision et de cran au cours des séances de gymnastique, notamment à la piscine. Cet enfant a

de l'énergie mais a perdu dans une école inadaptée à son cas l'occasion et la volonté qu'il a manifesté. Trop habitué à l'échec il s'est cuirassé contre lui. Dans la cour, son activité tend à démentir la première appréciation. Caractère : avec des réserves expresses il semble être un non actif, émotif, rêveur, nerveux.

Le champ de conscience est trop puvert à toute sorte d'influence qui le parasite mutuellement.

Polarité incertaine.

Avidité incertaine, à cause des inhibitions nombreuses et du caractère secret de l'enfant vis à vis de moi. Moins d'inhibitions dans les jeux et le sport.

Tendresse : aucun élément de réponse valable à ce jour.

Sociabilité bonne. Il est apte à se lier, joue volontiers en groupe, s'adresse franchement à ses camarades. Je pense donc qu'il est lié à ses échecs répétés. Il semble conditionné par celà.

L'aptitude à l'abstraction est nulle.

L'aptitude au concret : nous n'avons pas eu la possibilité de juger sur de nombreux faits. Il est maladroit, sauf en sport.

La famille paraît s'occuper sérieusement de l'enfant et souhaite sa rééducation dans un établissement spécialisé. La famille trouve l'enfant difficile, expansif, rapide, non sensible aux réprimandes. Le logement est exigü.

Cet enfant a des virtualités non négligeables qui ne demandent que la mise en place de l'outil du langage pour s'exprimer. Les progrès permettent d'envisager une éducation spécialisée qui donnera de bons résultats. Autrement, les efforts actuellement consentis par l'enfant se transformeraient vite et les découragements perpétuels stériliseraient vite ses faibles virtualités.

OBSERVATION MEDICALE

Première consultation le 15 février 1968.

L'enfant est âgé de 9 ans et demi. "je viens ici parce que je suis en retard à l'école", à la maison dit qu'il joue aux boules et qu'il s'en sert pour tirer les soldats. Ses jeux préférés sont les soldats, mais cela ne lui plairait pas d'être soldat plus tard. Constate que son train électrique est cassé. La lecture est pénible, il y a de nombreuses erreurs. La dysorthographie est manifeste.

La mère dit que son enfant évolue en retard par rapport à son âge, mais qu'il n'a pas de troubles du caractère.

On lui conseille de faire redoubler le C.E. 2ème année et d'entreprendre une rééducation pendant 1 an.

Le jeune Jean-Luc est un enfant réservé, timide, assez rétracté au point de vue thymique et plutôt inhibé. Il apparaît comme assez fatiguable, mais est capable d'exécuter assez rapidement tous les ordres psycho-moteur de type scolaire. Les tests de Termann lui donnent un Q.I. de 64, ce qui correspondrait au niveau le plus élevé de débilité moyenne; mais ce qui compte avant tout c'est une espèce d'asymbolie touchant la lecture et l'écriture qui contribue à l'abaisser. Pour ma part, je crois qu'il s'agit d'un débile léger qui peut être repris sur le plan de la rééducation du cadre orthophonique. C'est seulement à la suite de cet essai de rééducation qu'on pourrait envisager de le diriger vers une classe de perfectionnement. Le pronostic me parait favorable.

Deuxième consultation le 8 août 1968

Toujours très lent, se fait répéter les questions plusieurs fois. Il parait sourd, bien que l'examen audiométrique soit entièrement normal. La mère explique que le père est un débile qui travaille beaucoup mais a peu d'instruction. Il est violent parfois. Le frère aîné serait caractériel.

La mère apparaît comme peu coopérante et passive, traitant du problème de Jean-Luc sur un mode négatif. En réalité elle a une vie familiale malmenante avec un mari qu'elle dit elle-même débile, un fils arriéré et de conduite irrégulière, une fille de 15 ans qui lui donne des soucis légitimes. Il s'agit d'une mère de personnalité assez faible, et débordée. Dans ce cas il n'est pas exclus d'envisager un placement en I.M.P. de Jean-Luc qui est en réalité très seul et qui s'ennuie. L'épreuve rééducative est positive en ce sens que, pris en particulier, l'enfant est nettement appliqué malgré la lenteur psychique où il y a beaucoup d'inhibition. Jean-Luc doit être prêt à coopérer vers le progrès. Il faut s'opposer à tout prix à son entrée en cours moyen, un placement dans un I.M.P. est proposé.

NCLUSION

Dès la première consultation on a p. proposer
e prise en charge au centre par une orthophoniste
raison de deux séances par semaine. Note transmise
r l'orthophoniste qui l'a pris en charge.

Le 5.7.1968 - Evolution de l'enfant : l'enfant
ent en rééducation depuis la fin mars. Si on tient
mpte des vacances de Pâques et des grèves, on peut
re qu'il a eu une dizaine de séances seulement, ce
i est infime pour combler le retard de cet enfant.
est très docile, s'applique à bien lire et prépare
la maison les dictées que je lui donne; toutefois
présentait un tel retard (ne mettant ni les s au
uriel, ni les ent aux verbes, ne sachant même pas
njuguer le présent), que j'ai entrepris de tout re-
rendre par la base. Il lit déjà un peu mieux, mais il
udrait avoir le temps de faire en une demi-heure la
cture du C.P., la grammaire, la conjugaison et le
lcul du C.E.1. et C.E.2 car le maître le fait passer
C.M.1 étant donné son âge !! C'est à vous dégoûter
finitivement un enfant de la scolarité. Et pourtant
serait dommage car je crois Jean Luc récupérable
is enfin que les instituteurs nous en laissent le
mps.

Après avoir été refusé par la commission d'admission
un I.M.P. de la région, sans que les raisons nous
soient transmises, l'enfant est proposé et admis
ns un externat médico-pédagogique où la même ortho-
oniste continue à le prendre en charge.

En octobre 1969, Jean-Luc est réintégré dans la
olarité normale. Il continue à venir au Centre une
s par semaine pour une séance avec l'orthophoniste
n que cette réinsertion se fasse dans les meilleures
nditions possible.

CONCLUSIONS SUR L'ETUDE DES DOSSIERS :

CAS N° 1 - La création toute récente d'un Institut Médico Pédagogique proche du domicile de l'enfant, nous a permis d'apporter une solution adaptée au cas de cet enfant. Il y a seulement un an nous aurions été obligé de le placer dans un internat pour enfant "psychotique". La prise en charge ambulatoire avait permis de différer cette solution durant un an, mais à la rentrée l'enfant n'est plus admis au cours préparatoire de son école. Il est inapte à passer au cours élémentaire et il n'existe pas de classe de perfectionnement. L'éducation nationale se décharge totalement de l'enfant. Or, il n'existe dans la région aucun centre admettant ce genre d'enfant et sans la création de cet E.M.P. nous aurions été contraint d'envisager l'internat et l'éloignement aurait conduit à une rupture relationnelle totale avec sa famille et ses thérapeutes, solution inadaptée par excellence à la pathologie de l'enfant. Nous n'émettons aucune hypothèse sur le fait que cet E.M.P. est un établissement qui ouvre cette année et qui n'a pas encore établi ses propres critères de sélection, qui auraient probablement éliminé l'enfant.

CAS N° 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 8 - 9 - Tous ces cas prouvent, chacun à sa façon, le sous équipement du département en matière de prise en charge de l'enfant. Il ne nous a jamais été possible de proposer une solution adaptée à leur forme de pathologie.

CAS N° 2 - 3 - 4 : Nous n'avons pu proposer aucune forme d'intervention; la consultation nous a conduit à constater une fois de plus notre impuissance réelle, face à des problèmes qui sont bien plus du ressort du gouvernement et de sa politique en matière de santé mentale qu'à notre propre optique de la prise en charge de l'enfant.

CAS N° 5 - La solution proposée est unique-palliative, car, dès sa seizième année cet enfant sera placé à l'hôpital psychiatrique pour adultes qui actuellement assure uniquement une fonction de gardiennage. La proposition des pouvoirs publics concernant la prise en charge des malades fixés à un niveau d'arriération profonde n'a pas trouvé d'écho au niveau département.

CAS N° 6 - La mère nous a paru franchement pathologique. Dans le cadre d'une politique cohérente en matière de santé mentale, nous aurions signalé le cas au secteur adulte et tenté d'intervenir d'une façon adaptée. Or, dans le département, toute action au niveau du malade mental adulte se résume à une intervention chimiothérapique ou à une hospitalisation à l'hôpital psychiatrique, ce qui ne pouvait résoudre en rien le problème posé par l'enfant. L'Association de la Sauvegarde pour l'enfance ayant été avisée, tous les enfants ont été retirés à la mère et placés en institutions.

CAS N° 8 - La solution adoptée dans ce cas est adaptée au problème de l'enfant. Mais l'enfant a été admis dans un centre situé à 700 kms de son domicile, l'Institut pédotechnique de Toulouse qui exige d'avoir une fois par mois des relations avec la famille. Nous voyons l'effort pécunier qui est demandé aux parents, faute de structure appropriée dans le département. On ne peut parler de solution appropriée car s'il avait s'agit d'enfant d'un milieu plus modeste, il n'aurait pu bénéficier de cette forme d'intervention.

CAS N° 9 - La psychothérapie individuelle de l'enfant qui est proposée n'est que palliative, car la pathologie se situait au niveau de la famille.

CAS N° 7 - Grace au développement de la prise en charge ambulatoire et de nombreuses techniques mises en oeuvre dans le cadre du centre de santé mentale, l'enfant a été vu en consultation. Nous avons pu intervenir au niveau qui nous a paru le plus adéquat : une prise en charge en psychanalyse.

CAS N°IO- Ce problème a été résolu de façon favorable, non pas grace à une base théorique qui aurait permis à l'orthophoniste l'ayant suivi au centre de continuer à l'E.M.P., mais plutôt à un facteur chance (sur lequel nous ne pouvons tout de même pas baser la cohérence de la prise en charge) qui a voulu que ce soit la même orthophoniste qui assure les vacations dans les deux institutions.

En étudiant ces cas cliniques, nous constatons que la solution adoptée pour traiter la pathologie de l'enfant est souvent inadéquate et que les structures en place ne sont pas aptes à répondre à cette pathologie.

Afin de pouvoir faire une analyse de ces structures, nous pensons qu'il est utile de retracer brièvement l'historique de l'assistance psychiatrique à l'enfant en montrant comment l'on a été conduit, par une succession de solution palliatives, au dispositif thérapeutique actuellement en place, dispositif qui est inapte à répondre aux besoins de l'enfant.

RAPPEL HISTORIQUE DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE A L'ENFANT (1)

Avant I.800 l'assistance psychiatrique à l'enfant n'existe pas en tant que prise en charge organisée. En fait on se contente d'enfermer pêle-mêle dans les salles, les prisons et les hospices : les "fous", les criminels, les enfants anormaux et les chômeurs.

ITARD, en tentant d'éveiller à l'humanité le sauvage de l'Aveyron, va montrer que l'on peut sortir des cavernes et se transformer partiellement en un être semi-social. Son rapport de I80I est plein d'exaltation des premières victoires, celui de I806 est beaucoup plus circonspect. Mais ces deux publications (2) eurent un retensissement considérabl sur toute l'Europe. Son entreprise correspondait bien à l'espoir de l'époque : la libération et la réalisation complète de tout individu. C'est le même objectif que poursuivait Guggenbuehl en fondant en Suisse la première maison d'éducation pour arriérés profonds (I839).

(1) Après consultation du rapport de A. Beley "Evolution des modes d'assistance en psychiatrie infanto-juvénile" rapport du congrés de Psychiatrie et de Neurologie de Clermont-Ferrand I6-2I septembre I968.

(2) L. Malson en a donné une nouvelle édition en I964.

.../..

La loi de I838, si parfaite en son genre, met au point les façons de se faire enfermer et consacre l'asile d'aliénés, mais le critère d'internement thérapeutique reste " la dangerosité"; l'âge du sujet n'intervient pas. Il n'y a pas d'asile à l'usage des enfants, de sorte qu'il reste le choix entre le mélange avec l'adulte dans les asiles, ou le placement dans des refuges, quartiers, d'hospice où l'enfant est reçu par charité. Mais, à partir de ce moment, on cherche et on tatonne. Les médecins, les éducateurs qui sont en contact permanent avec la misère thérapeutique des hospices où vivent les enfants, vont écrire et dire qu'il y a des choses possibles que l'on ne fait pas.

Seguin, dans son livre Traitement moral des idiots et des autres enfants arriérés", paru en I846 remet en cause avec violence ce que l'on appellerait de nos jours " le conditionnement négatif " que représentent les établissements pour jeunes infirmes mentaux.

Delassiauve, successeur de Voisin à Bicêtre en I859, publie " Des principes qui doivent présider à l'éducation des idiots". Il est même le premier à joindre pour ce grand infirme mental isolé qu'est l'idiot, l'anamnése et la catamnése : "mettre en parallèle l'état présent avec le début, les phases parcourues et le tableau offert par ceux de ses pareils qu'on a délaissés, est l'unique moyen d'apprécier toute l'importance d'une transformation qui souvent peut rendre à la Société un membre supportable et parfois même un utile serviteur". Il souligne la situation misérable de l'hospice de Bicêtre.

En I875 Bourneville prend la direction de Bicêtre, et c'est le début de la psycho-pédagogie médicale : c'est par l'observation minutieuse de chacun de ces enfants, de son comportement que l'on va faire une distiction entre "les idiots, les infirmes, les épileptiques, les accessibles à l'éducation". Sur le plan médico-administratif son débattues les conditions matérielles minimum exigibles pour une collaboration éducateur/médecin. Une partie de son

oeuvre, de ses notes et de ses rapports sont consacrés à l'éducation du gâtisme. C'est l'atmosphère, le milieu qu'il veut transformer afin de "conditionner" l'arréré profond au non gâtisme; il se refuse à continuer de confier l'entretien corporel des enfants à des vieillards d'hospice En I889, les efforts de BOURNEVILLE aboutissent à une institution où le dépotoir-garderie d'autrefois fait place au début de la pédagogie d'orientation médicale en faveur de l'enfant arriéré.

C'est alors qu'Alfred BINET, pédagogue et théoricien du développement va commencer ses études et ses étalonnages. Il s'associe plus tard au médecin Théodore SIMON. Leurx travaux, valables en eux mêùes, ont représenté à côté de leur rapport positif à la connaissance "exacte", un obstacle majeur à l'éclosion de l'ère pédagogique, puisque en enfermant un enfant dans une catégorie rigide, il niaient en quelque sorte les possibilités d'évolution de l'enfant et figeaient les différentes tentatives d'éducation.

A partir de la fin du XIX° siècle, on crée un nombre croissant d'institutions et d'organismes consacrés à l'enfant déficient . Le mouvement lancé par GUGGENBUEHL se développe, parce qu'il correspond aux besoins sociaux. Mais ces institutions vont rapidement évoluer sur le mode asilaire. Il est intéressant d'essayer de voir pourquoi cette évolution était quasi-inévitable; nous pensons avec Roger PERRON (1) que ces institutions privées étaient basées sur le principe du "meilleur rendement possible", ce qui amenaient les promoteurs à construire des immeubles où l'on pouvait entasser le plus grand nombre d'enfants. Il ne pouvait

(1) Roger PERRON "Historique et notions de base" dans "les dibilités mentales" par R. BAZZO et l'équipe de l'hôpital Henry ROUSSELL chez A. COLLIN.

lus alors être question d'éducation , les problèmes
e dressage visant à rendre les enfants le moins
énants possible étaient seuls résolus. D'autre part,
i certaines tentatives étaient faites au départ dans
n esprit de véritable éducation, avec des effectifs
estreints, la surcharge devenait quasi-inévitable, et
lles "mouraient" alors de leur succès.

Les expériences précédentes ont déçu et chacun
ense qu'il est vain de vouloir faire "des hommes"
e ces enfants, tant et si bien que personne ne s'in-
éresse à ce problème; il est d'ailleurs impossible
'y faire une carrière professionnelle ou scientifique
e qui entraine inévitablement le sous-équipement en
ersonnel et rend toute forme de prise en charge im-
ossible.

C'est en 1880 que se créent les premiers services
our enfants, annexes des asiles d'aliénés adultes,
ommes les 30 places de garçons à la Ferme de Perray-
aucluse, soit des services d'hospices que l'on veut
écialiser (Bicêtre). Cette forme de prise en charge
ublique, est au départ, conçue pour l'arriéré de bas
iveau. Or, on y interne tous les enfants pour les
ettre à l'abri, pour les observer et les éduquer.
ette institution est parfaitement inadaptée à son
t qui est le traitement et la rééducation.
Durant une longue période, les réglements ne
ennent pas compte des stades psycho-physiologiques
l'enfant et de l'adolescent. Les psychiatres sont
en trop occupés à mesurer morphologiquement les
res ("stigmates de dégénéréscence" de Dupré) pour
sayer d'aller au delà de cette objectivitation
mplète de l'enfant.

Seuls, ceux qui sont en contact direct et con-
nue avec l'enfant exclu, les médecins et pédagogues
tachés aux hôpitaux vont émettre l'hypothèse que ce
est peut être pas uniquement l'idiotie, l'épilepsie
la "maladie" qui détermine la personnalité de
enfant idiot, épileptique ou "fou", mais aussi toutes
s conditions socio-affectives qui ont préparé sa
paration du monde, et son vécu d'exclu dans l'en-
inte de l'hôpital.

Il faudra attendre les publications de Freud pour voir l'assistance à l'enfant évoluer progressivement en tenant compte du contexte environnant de l'enfant. C'est le début du grand courant psychothérapique.

En même temps que se fait cette évolution des idées, des réalisations concrètes sont mises en place:

- en 1912, André Collin crée la première consultation de psychiatrie infantile,
- en 1920 et 1930, plusieurs consultations hospitalières sont crées, elles se réclament à la fois de la psychiatrie et de la pédiatrie,
- en 1925, le Professeur Heuyer crée une consultation clinique permanente pour les enfants en danger. Un peu plus tard s'y ajoutent quelques lits d'observation pour un début de traitement.

C'est vers cette époque que se créent les premiers Instituts médico-pédagogiques vers lesquels sont orientés les enfants venant aux consultations. Progressivement, par la multiplication des consultations et des I.M.P. sous la direction d'organismes divers, nous voyons s'instituer une prise en charge morcellée qui est encore en application de nos jours. Nous en fournirons un tableau ultérieurement.

Survient alors la deuxième guerre mondiale entrainant des mouvements de population, des bousculades familiales, des déplacements de personnes, des deuils et la contrainte de l'occupation. L'enfant en subit les contre-coups, le délit infanto-juvénile croit avec rapidité et pose de nouveaux problème. La notion d'hygiène mentale mise en place par Toulouse et Heuyer va se concrétiser. Pour tous ces enfants, il faut multiplier les organismes de dépistage, de prévention et d'aide.

Les premières consultations de neuro-psychiatrie sociale consacrées aux enfants commencent à fonctionner dans la banlieue parisienne; elles sont assurées par un médecin psychiatre pérégrinant entouré d'assistantes sociales; les problèmes financiers criant sont résolus par la décision du détachement de ce médecin du cadre des hôpitaux psychiatriques et sa mise à la disposition du préfet de la Seine.

Dès I943, des dispensaires d'hygiène mentale infantile sont créés dans plusieurs villes de province.

Mais ce n'est qu'en I947 que sera officialisé et financé le service de prophylaxies mentale dans le cadre de l'O.P.H.S. (Office public d'hygiène sociale).

La nécessité d'assurer une prise en charge plus complète à défaut d'être adaptée se fait jour, et c'est ainsi que les Associations de Sauvegarde de l'Enfant sont mises en place pour prendre "la suite" des dispensaire.

En I944, est reprise l'idée lancée par Sérieux en I903 où il remettait en cause le monopole thérapeutique que représente l'hôpital et affirmait la nécessité de création d'organismes de soins variés et hautement spécialisés, pour assurer une prise en charge convenable de l'enfant. C'est alors un bouleversement total des conceptions traditionnelles de toute la psychiatrie, aboutissant au premier chef à l'extension des soins psychiatriques en deçà et au delà de l'hôpital, afin de répondre aux exigences réelles de la santé mentale, qui va du dépistage à la réinsertion sociale. Cette nouvelle conception de la tâche du psychiatre fut formulée durant les journées psychiatriques de I945 à I947.

La notion de "Dispositif fonctionnel de Secteur" se développe peu à peu; elle se définit comme "l'idée de substituer à un hôpital une équipe médico-sociale travaillant dans la population qu'elle doit déservir. Le secteur psychiatrique c'est cette équipe. Sa structure, c'est le dispositif hospitalier et extra hospitalier variée qui lui est nécessaire. Son objet, c'est un lot de population comprenant tous les individus qui le composent et lui adressent directement ou par personne interposée une demande de soins psychiatriques (1).

(1) "Livre blanc de la Psychiatrie Française" Supplément au n° 3 I966. Tome XXXI Fascicule III/2

C'est dans le cadre d'une association privée faisant fonction de publique que prend naissance en 1958 dans le 13ème arrondissement de Paris une organisation visant à créer un appareil complet de psychiatrie communautaire infantile en commençant par l'intégration de l'équipe pédo-psychiatrique dans la population. Par ses principes et les données de base qui rompent totalement avec les situations traditionnelles cet organisme prend alors valeur d'expérience et de recherche pour l'équipement psychiatrique.

A peu près à la même époque, R. Misès médecin-directeur de la Fondation Vallée travaille à la transformation d'un service hospitalier de psychiatrie infantile selon les principes de base de la psychiatrie de secteur.

Nous allons développer ultérieurement ces principes de bases qui sont une des parties de notre sujet. Il s'agit en fait d'expérience nouvelles de prise en charge globale.

Pour comprendre ce que représente d'original ces formules, nous allons rappeler ce qu'est l'organisation actuelle de la prise en charge de l'enfant en France.

SITUATION ACTUELLE DES FORMES DE PRISE EN CHARGE DE L' ENFANCE INADAPTEE

PREVENTION ET DEPISTAGE

La prévention et le dépistage sont assurés par les personnes et organismes ayant mission auprès de l'enfant :

- les médecins généralistes,
- les pédiatres,
- les enseignants,
- le personnel des services de santé scolaire,
- les centres de protection maternelle et infantile,
- les tribunaux d'enfants et d'adolescents,
- certains services sociaux publics ou privés.

Il entrent alors en liaison avec les centres de diagnostic.

DIAGNOSTIC, OBSERVATION et DECISION

		Ministère Services responsables
diagnostic	Dispensaires d'hygiène mentale - Consultations spécialisées rattachées à des organismes publics, semi-publics ou privés (hopitaux main-d'oeuvre, croix rouge mutuelle)	Ministère des Affaires Sociales
		Aide sociale à l'enfance inadaptée Action médico-sociale
Observation	Observation en milieu hospitalier Centre d'observation	Collectivité publique semi-publique et privé locale, notamment municipalité et département.
décision	Contrôle médical des caisses	Caisse de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales
décision	Commissions médico-pédagogique pour le secteur public	Ministère de l'Education Nationale
diagnostic	Consultation d'orientation éducative	Ministère de la Justice
Observation	Centres de triage et d'accueil	Ministère de l'Education surveillée
Décision	Tribunaux pour enfants et adolescents	

LA PRISE EN CHARGE

Type de prise en charge	Ministère et Services responsables	Etablissements assurant la prise en charge
Cure ambulatoire	Ministère des Affaires Sociales	Centre médico-psycho-pédagogique
Placement à titre uniquement pédagogique	Ministère de l'Education Nationale Direction de la pédagogie	Classes, internats et externats de perfectionnements Centres psycho-pédagogiques - Etablissements pédagogiques pour divers déficients
Placement en établissement spécialisé à caractère médico-social	Ministère des Affaires Sociales	Internats médico-pédagogiques - Externats médico-pédagogiques - Hôpital de Jour - Centres de rééducation spécialisé - Centres médico-psycho-pédagogiques - Section d'enfants des hopitaux psychiatriques - Atelier protégés - Centres d'aide par le travail - Centres de réadaptation professionnels
	Ministère de la Justice Service de l'Education surveillée	Institution publique d'éducation surveillée Centres de rééducation
Autres formes de prise en charge	Ministère des Affaires Sociales	Placement familial spécialisé - Hospitalisation à domicile
	Ministère de la Justice	Education en milieu ouvert - Rééducation en semi-liberté

ANALYSE CRITIQUE

Dans le système actuel de prise en charge, les problèmes de santé mentale de l'enfant sont envisagés dans le cadre de l'inadaptation. L'enfant n'est pas le demandeur des soins; il est conduit en consultation par les adultes de l'entourage qu'il dérange ou inquiète. Or, bien des comportements de type non expansif peuvent être tolérés, voire même encouragés par l'entourage. D'autres critères que ceux de l'inadaptation socio-culturelle, habituellement pris comme référence, sont donc nécessaires pour permettre le traitement des troubles susceptibles d'évoluer vers la maladie mentale de l'âge adulte.

La majorité des "enfants inadaptés" sont constitués par les caractériels, les délinquants et les troubles déficitaires, c'est donc que les arguments les plus prégnants en matière de pathologie infantile sont la non-conformité à un comportement socio-affectif ou une échelle de performance pré-établie, et ce en rapport direct avec la gène qu'elle crée pour autrui. Or, bien des auteurs ont tendance à considérer que les traits les plus marquants des soi-disant caractériels peuvent être une réaction saine de l'enfant à des conditions réellement inacceptables. De même, considérer comme pathologique toutes les inadaptions scolaires, est étendre abusivement le champ de la psychiatrie à un domaine qu'il ne lui revient pas toujours d'assumer. C'est dire, à priori, que l'enfant est inadapté à l'enseignement, alors que l'enseignement qu'on lui propose ne lui est pas toujours adapté, comme tendent à le prouver de récentes études statistiques. L'adolescence peut s'accompagner de manifestations bruyantes d'ordre familial et social sans avoir pour autant de signification pathologique. Jusqu'à la délinquance qu'il faut parfois respecter comme un comportement pouvant être un moyen de récupération et de structuration.

Des études américaines tendent à démontrer que le comportement pathologique de l'enfant n'est que le symptôme d'une pathologie familiale dont il est le patient identifié; ce qui conduit à la mise en place d'une thérapie de la famille dans son ensemble.

L'absence de concordance entre l'inadaptation
sens classique et la prévention de santé mentale
t évidente. Or, le dépistage revient aux personnes
institutions ayant un rôle auprès de l'enfance.
dispositif est donc en place mais son fonctionne-
nt et sa qualification dans ce but sont plus contes-
bles.

En effet, ces différents techniciens de l'enfance,
dehors des psychologues, n'ont reçu aucune formation
ychologique réelle. Le dépistage des troubles mentaux
t laissé à leur propre jugement et expérience ou à
ur formation personnelle. L'influence des perspecti-
s de chacun en l'absence d'information qualifiée
matière psychiatrique sera dominante dans sa façon
aborder et d'interpréter les symtômes de santé mentale.

Ainsi voyons-nous que, pour que soit réalisé un
pistage en accord avec les exigences réelles de la
ychiatrie infantile actuelle, une information et une
rmation des différents relais qui en ont la charge
t nécessaire. Le dépistage doit se référer à des
itères de santé mentale et non, selon l'orientation
chacun, à des normes communes d'efficience ou de
mportement social.

Le schéma administratif actuellement en place
tue la morbidité mentale de l'enfant dans le cadre
l'inadaptation apparente, et découpe celle-ci en
tégorie diagnostique selon une symptomatologie su-
rficielle. Or, cette classification faisant du
ptôme une entité, ne peut être conservée. Elle tra-
it tout au plus un mode d'expression momentané dont
faut chercher la signafication à un autre niveau et
peut suffire à justifier une conduite thérapeutique.
apparaît obligatoire que soit effectué un bilan
mplet de l'organisation psychique de l'enfant d'un
int de vue économique et dynamique pour que ces
fférents symtômes prennent leur véritable sens, ce
seule une équipe spécialisée travaillant en colla-
ration étroite entre les différents techniciens, peut
aliser.

Le dispositif thérapeutique actuellement en place
présente comme une multiplicité d'institutions épar-
llées, parfois de haute valeur technique, mais sans
une coordination entre elles, chacune agissant com-
un tout autonome.

Cet isolement et cette spécialisation de chaque ablissement rendent la solution thérapeutique pra- quement immuable et univoque, alors que la pathologie un enfant est le résultat de plusieurs facteurs in- iqués et gardant un potentiel évolutif. Un même en- nt pourra avoir besoin successivement de diverses mé- odes. Or, dans les faits, un enfant placé dans un ablissement y reste souvent jusqu'au terme de sa ise en charge.

Par suite de l'absence de coordination avec autres institutions permettant une prise en charge us légère en contact avec le milieu naturel, le jour de longue durée en internat constitue la règle nérale. Ceci explique une grande partie des échecs s I.M.P. auprès des enfants qui, après un séjour de gue durée, se trouvent brutalement replongés dans vie sociale sans aide convenable pour leur réadap- ion. Inversement, pour les enfants mettant en échec solution adoptée, toute nouvelle tentative théra- tique consistera en un nouvel placement dans un éta- ssement, ce qui correspond actuellement à une rup- e totale avec le milieu soignant antérieur et à une velle orientation thérapeutique.

C'est pour éviter cette discontinuité que certaines équipes tendent à assurer l'unité de la prise en rge d'un enfant, en élargissant progressivement ventail de leurs possibilités thérapeutiques à par- de l'institution d'origine, soit un internat ou hôpital qui crée des prolongements vers le milieu érieur, soit à l'inverse un centre de consultation enrichit sa gamme de moyens thérapeutiques jusqu'à spitalisation. Aucun ne possède encore l'équipement plet.

LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Comme nous venons de la voir, la prise en charge de l'enfant, telle qu'elle existe actuellement, crée une discontinuité relationnelle en contradiction avec l'orientation psychothérapeutique de l'approche de l'enfant. Cette discontinuité relationnelle est encore aggravée par le fait que les divers organismes de prise en charge ont souvent une position différente face à un même problème; donc, que l'orientation générale du traitement d'un enfant peut varier plusieurs fois au cours de celui-ci.

C'est afin de pallier à cette discontinuité que nous pensons qu'une même équipe médico-sociale doit prendre en charge l'enfant du commencement à la fin de son traitement, permettant ainsi d'obtenir une unité dans la prévention, la cure, la postcure et la réinsertion dans le milieu familial et scolaire.

Même de nos jours, la tendance ségrégationniste face à l'enfant "hors de la norme" persiste, et il est volontiers placé en internat. Progressivement s'établit un nouvel équilibre familial d'où il est exclu, tant et si bien que le retour dans son milieu d'origine devient difficile et parfois impssible. D'autre part, la mise en internat de l'enfant postule que la famille est mauvaise et incapable de l'élever (déchéance maternelle ou paternelle, légale ou psychologique) entrainant un sentiment de culpabilité. L'internat ne doit être envisagé que lorsqu'il est indispensable ou nécessaire. Ce n'est qu'une solution transitoire à reconsidérer fréquemment.

C'est afin d'éviter son exclusion par la famille le milieu que nous essayons de développer au maxi-m les cures ambulatoires où un mimimum de partici-tion de la famille est exigé.

Cette façon de voir ne s'impose d'ailleurs que ns l'état actuel de notre société, occidentale, in-stri alisée en principe patriarcale et monogame. Le oblème pourrait se poser autrement dans les sociétés type polynésien où l'enfant dispose de polypères, polymères et de familles de remplacement, toujours cueillantes et sans problème relationnel avec la mille d'origine; ou dans les collectivités de voisi-ge où plusieurs familles élèvent ensembles les fants. De même dans la famille antique où coexis-ient les différentes générations, établissant entre les de fortes relations. Nous considérons que le angement socio-économique a réduit à deux personnes prise en charge collective de l'enfant de la tribu, upe de deux, souvant réduit à un, par la fréquente sertion du père. C'est parce qu'il a évolué dans un lieu familial si restreint, et qu'il ne peut disposer famille de remplacement, que le problème du maintient l'enfant dans le milieu où il a évolué devient important et si difficile.

De par cette restriction de la tribu, l'enfant a plus le choix dans ses relations, dans ses modèles communication, ni d'ailleurs dans ses identifica-ons, tant et si bien qu'il devient obligatoirement mbre intégré dans une pathologie familiale. Nous ppelons à ce sujet les récentes recherches de squelles au Clos de Nid (Lozère) tendant à démontrer e lorsque l'on rend l'enfant "guéri" à sa famille, lle-ci ramène l'année qui suit la sortie, un autre fant avec des symptômes identiques. Ceci pose l'hy-thèse de la nécessité d'un "bouc émissaire" tradui-nt la pathologie familiale. Le traitement d'un enfant rrait s'inscrire dans une prise en charge de la fa-lle dont il est le "symptôme".

Ce problème est d'ailleurs difficilement soluble point de vue uniquement psychiatrique, car il est iculé à un ensemble psychologique, socio-économi-, politique et culturel.

L'incohérence d'une prise en charge morcellée en dépistage, cure, post-cure et réadaptation, nous a conduit à postuler pour une prise en charge globale unique, c'est à dire depuis l'apparition de l'enfant dans le champ d'action de la psychiatrie infantile, jusqu'à ce qu'il se perçoive en tant qu'individu à part entière et soit reconnu et accepté comme tel par les autres.

Différentes tentatives d'approche globale ont été faites, en particulier dans l'expérience du 13° arrondissement. Nous reviendrons par ailleurs sur la politique de secteur et les problèmes qu'elle pose, ne fusse que par la succession des équipes qui dénaturent peut-être involontairement ce qui était l'intention des fondateurs.

La prise en charge globale par une seule personne est impossible et d'ailleurs pas tout le temps souhaitable, voire dangereuse de par l'équation personnelle ou le biais de cette personne. La prise en charge globale collective fournirait l'unité du point de vue et viserait à la restructuration de l'enfant, si tant est que l'on puisse forger une équipe ayant à la fois une unité de vue tout en ayant une pluri-approche garant d'une certaine objectivité.

Le danger de l'équipe formelle est, que l'enfant, enjeu inconscient d'une surenchère à l'amour ou au pouvoir, se sente tiraillé entre plusieurs personnes s'opposant sur des conceptions différentes de la psychologie, de la psychiatrie, de l'éducation, des soins à donner et des choses à faire, ou se rejettant la balle des décisions à prendre, ou projettant sur l'enfant leurs problèmes et tensions internes.

Un autre danger de la prise en charge collective serait l'éparpillement de la relation transférentielle positive, si importante en psychothérapie.

Une bonne équipe réelle, travaillant de façon homogène, nous paraît être la meilleure solution. On pourrait se poser le problème de savoir si une bonne équipe doit être effectivement unie ou si les liens fonctionnels dans un climat de tolérance et de discussion des rapports, n'est pas préférable

une équipe basée sur l'affectivité avec tous les angers que celà comporte.

Nous entendons par prise en charge globale ollective, celle qui est effectuée par une équipe onstituée par toutes les personnes apportant une ide quelconque à l'enfant dont il s'agit, ou iner- enant à un titre, ou à un autre, lors de sa prise n charge.

'ENFANT : objet ou sujet de la prise en charge.

C'est volontairement avec Carl Rogers que nous oisissons de ne pas employer les termes de, malade, ormal ou inadapté qui situent d'emblée l'enfant dont ous avons à nous occuper comme exclu par rapport à e norme : le sain, le normal et l'adapté, alors u'il est de notre expérience courante de se trouver nfronté à un enfant en réaction face à une situation acceptable pour lui, (par exemple être l'enfant non mé de parents désunis). Nous pourrions nous poser question des troubles qualifiés d'inadaptation olaire qui viennent grossir qhaque jour davantage s consultations. Mais il n'est pas de notre propos poser le problème de l'intégration du conflit et la répression. Toutefois, nous voulons citer l'ap- oche qui est faite de ce problème par la formation couleur thérapeutique des enseignants.

Pourtant, nous écarterons le terme Rogérien de lient" qui a une connection ambivalente et nous par- rons tout simplement de "l'enfant", ce terme englo- nt l'enfant et l'adolescent de la naissance à 16 ans ge légal de possibilité d'admission dans un hôpital ychiatrique adulte) et parfois 20 ans (pour ce qui t d'une prise en charge en cure ambulatoire).

A propos de cet enfant, il faudrait mettre en idence qu'il est "amené", par la famille, l'assis- ite sociale ou le tribunal, mais qu'il n'est pas rectement demandeur des soins qui vont lui être faits. cas se retrouve aussi chez un grand nombre d'adultes chiatriques internés d'office ou volontaires. L'une caractéristiques étant que le malade psychotique considéré comme inconscient de son état patholo- ue. Il n'est pas de notre propos de remettre en stion cette position de la psychiatrie classique à

la lumière, de la psychothérapie de groupe par ENEISS avec des schizophrènes hébéphrènes, de la psychothérapie institutionnelle, ou de psychothérapie individuelle : Schehaye "Journal d'une schizophrène" Maud Mannoni " l'enfant arriéré et sa mère". Il nous semble que ce serait fermer la porte à toute recherche et à tout progrès des thérapies de dire que devant l'inconscience du trouble, tout dialogue à son sujet est impossible avec le malade psychotique.

Pour en revenir à notre propos, notre rôle vis à vis de l'enfant, serait de l'aider à se situer comme demandeur et sujet actif de la thérapie et non comme objet manipulé par les parents et les différents thérapeutes. On considère souvent à tort que l'enfant n'est pas capable de faire une analyse de la situation. Il est de notre expérience que l'enfant, une fois mis en confiance, se sentant écouté et accepté, arrive parfaitement à analyser ce qui se passe et même à envisager la nécessité d'une séparation d'avec le milieu familial pour un internat ou toute autre forme de placement. C'est lui qui choisit la solution la plus adéquate, alors qu'une solution lui était imposée; il prend rang de sujet parlant et récupère son intégrité de sujet, sa dignité d'être humain et même sa liberté. Il devient sujet de la thérapie dans laquelle il a choisi d'entrer, il est partie prenante et partenaire dans la relation.

L'enfant s'étant situé en tant que demandeur de la thérapie, nous envisagerons plus loin les différentes formes d'aide que nous pouvons lui apporter.

LA POLITIQUE DE SECTEUR

La politique de secteur est actuellement l'une des rmules de soins ayant pour objectif la prise en char- globale de l'enfant et de l'adolescent. Nous en rap- lons la définition de base : "la psychiatrie est d'or- niser en secteur quand dans une ère géographique don- e, la même équipe médico-sociale assure la prise en arge de tous les enfants et adolescents présentant s troubles psychiques, sur le plan hospitalier et tra-hospitalier de la prophylaxie à la réadaptation".

Deux expériences sont actuellement tentées, l'une puis 1958 dans le 13° Arrondissement de Paris où le ntre de psychiatrie infantile a été créé dans la com- nauté, et s'est développé autour du centre de santé ntale ; l'autre depuis 1959 a réalisé la réorganisa- on d'un service départemental et traditionnel de uro-psychiatrie, la Fondation Vallée à Gentilly. aliser cette innovation dans le cadre administratif la psychiatrie publique peut paraître illusoire and on connaît l'inertie des structures administra- ves ; c'est peut être l'un des facteurs qui a fait e cette entreprise courageuse n'a pas été tentée lleurs. Nous nous posons la question de savoir pour- oi cette notion qui depuis quelques années est admise r les pouvoirs publics ne s'est point généralisée.

L'expérience de sectorisation "coûte cher", et ute tentative se heurte à des problèmes d'ordre fi- ncier.

D'autre part, certains psychiatres manifestent e hostilité sourde pratiquement jamais explicitée et nt il serait intéressant d'approfondir le sens. chacun arrivait à expliciter les raisons de son fus ou de sa trop grande approbation de telle ou telle chnique sur un autre mode de celui de position

sive, il serait possible de voir une évolution perma-
de ces techniques. Tout doit être envisagé dans une
ective dynamique. La seule possibilité d'aller au delà
'accepter en permanence le dialogue et la contestation.

Nous ne pensons pas que la "politique de secteur"
La forme idéale de prise en charge. Il n'existe d'ail-
aucune "pratique" capable de répondre de façon parfai-
adaptée à tous les besoins de santé mentale de l'en-
Il s'agit d'une tentative de prise en charge globale
yent de remédier à ce qui paraît aberrant dans les
de prise en charge morcelée actuellement en applica-

Elle résoud ainsi certains problèmes, elle en laisse
es en suspends et de par sa mise en place elle en
bligatoirement de nouveaux. C'est en essayant de les
re au fur et à mesure qu'ils se présentent que nous
s progresser.

Hélas, l'inertie de l'administration permet seulement
oudre les problèmes qui se posaient quelques années
vent, ce qui nous mêne à un fait paradoxal, c'est que
s souvent ce qui est mis en place à un moment donné
jà inadapté aux besoins.

L'impossibilité de créer au moment opportun ce qui
adapté au problème présent, freine obligatoirement
herche. Toute théorisation qui ne peut avoir sa for-
on pratique conduit à des spéculations qui ne mènent
, et peuvent devenir parfaitement erronées et inadap-
même si le fondement de la théorie était parfaitement
lé.

Il s'agit là d'un problème économique que nous ne
aborder dans le cadre de notre sujet et qui pour-
reste la base.

Principes de base.

La politique de secteur implique une égalité de soins
us. Il existe un programme unique d'organisation et
ement du département dépendant du Ministère de la
qui essaye d'éviter que certaines catégories de
soient favorisées par rapport à d'autres.

Ce merveilleux programme qui permet à chacun d'être soigné au mieux, le plus près possible de son lieu d'habitation, nous paraît être une mystification. Il est évident que le budget affecté à la mise en application de ce programme est très insuffisant pour qu'il soit mené à bien.

Afin de masquer sa démission, l'état va favoriser la mise en place d'institutions privées, régies par la loi de 1901.

Si nous faisions des statistiques, nous serions conduits à constater que la majeure partie des prises en charge de l'enfant en matière de psychiatrie infantile est assurée par des organismes privés à but non lucratif.

Malgré une telle appellation, force est de constater que la plupart de ces institutions sont créées, non pas en essayant de savoir quelles sont les formules les plus appropriées et s'il existe un secteur défavorisé, mais plutôt en calculant qu'elle est la forme de pathologie qui demande un équipement minimum en matériel et personnel pour un rendement financier maximum, en fonction du prix de journée.

Cette formule, qui ne fait pas intervenir les besoins de la population en matière de santé mentale, est parfaitement inadaptée; ceci implique de ces organismes une révision de leur but, les besoins de l'enfant étant le seul critère de mise en place et d'organisation des institutions.

La psychiatrie de secteur a aussi pour but le maintien de l'enfant dans son milieu familial. Elle favorise les prises en charge ambulatoire au centre de Santé Mentale, et exige une participation de l'enfant et de sa famille à la cure. Elle évite ainsi la mise à distance des conflits et la régression que favorise l'internat, et essaye de résoudre les tensions par une action concomitante sur l'enfant et son entourage.

Par cette action sur l'entourage, et sa sensibilisation à d'autres critères de pathologie mentale, une meilleure tolérance de l'enfant que nous avons en charge va s'établir permettant le plus souvent le maintient dans son milieu.

Aux Etats-Unis et en Angleterre, la politique de secteur s'accompagne généralement de services de soins à domicile et de formation "parapsychothérapeutique" de la population du voisinage, permettant au voisin de prendre en charge les cas difficiles et de comprendre le problème des enfants et adolescents laissés dans la rue, des hippies, des drogués, des kleptomanes.

Dans la conception de l'anti-psychiatrie (1) les psychiatres psychanalystes, ont choisi de se mêler à titre d'hommes quelconques et non de psychiatres, aux drogés, aux délinquants, aux hippies, de façon à les aider à résoudre leurs problèmes. Ils conservent tout de même leur cabinet de consultation privé. Notre propos n'est pas de savoir si pour apporter une aide à ceux qui présentent une certaine forme de pathologie, il est nécessaire et possible d'entrer avec eux dans cette pathologie afin de pouvoir la mieux comprendre; ou s'il existe un vécu de chacun qui ne lui permet pas d'aller au-delà.

On pourrait poser avec Moréno le problème de la survie de notre civilisation (Who sholl survive) qui selon lui va à sa destruction sauf si elle arrive à créer une société thérapeutique, ce qu'il préconise en étendant à l'ensemble de la société, l'acceptation des différences et la tolérance que l'on retrouve dans les groupes de psychothérapie. Ce point de vue parait original pu utopique et nous éloigne de notre propos plus réaliste de la prise en charge par le secteur.

L'un des principes de base est la nontinuité de la prise en charge par la même équipe médico-psychosociale. C'est dire que l'enfant pourra utiliser toute la gamme des institutions suivant ses besoins, tout en gardant le même psychiatre, le même psychothérapeute, la même assistante sociale.

Dans les formes de prise en charge actuellement en application, suivant l'état de l'enfant, il est successivement placé dans diverses institutions totalement autonomes, ayant chacune une orientation particulière et une position différente face à un même

(1) Cooper : Colloque d'Anti-Psychiatry Paris.

problème. L'enfant doit aussi chaque fois aborder un monde nouveau avec de nouvelles lois, et perdre le contact avec ses thérapeutes.

La division, pour ne pas dire la rivalité, qui existe entre les divers organismes de l'enfance inadaptée, rend le transfert des dossiers ou de toute autres information, difficile d'un établissement à l'autre, chacun gardant jalousement son bien. De toute façon si par hasard ces renseignements sont obtenus, ils sont généralement considérés comme suspects et sans valeur étant donné l'hétérogénéité des critères de chacun. Et l'on recommence le bilan.

C'est pour garantir l'unité et la cohérence de l'orientation thérapeutique à chaque nouvelle étape qu'il est souhaitable qu'une continuité de prise en charge soit assurée. L'équipe de base qui a la charge d'un enfant en gardera donc la responsabilité durant toute la période de son traitement.

Ceci implique un réseau de communication effective entre l'équipe de base et les autres soignants, échanges des données, explications des exigences de chacun et ajustement des attitudes.

Il est nécessaire que l'orientation de la thérapeutique soit cohérente mais non rigide, c'est dire que l'équipe responsable qui fait l'unité du système et garde en permanance un rôle directif, peut, à tout instant, confronter à d'autres points de vue, remettre en question ses propres attitudes.

LE CENTRE DE SANTE MENTALE

1 - SON IMPLANTATION

L'implantation du centre de santé mentale est fonction de la zone g-o-démographique qu'il est appelé à desservir. Or, la délimitation du secteur de psychiatrie infantile est encore à discuter; nous n'avons pas assez d'expérience pratique pour établir des statistiques, qui permettraient après une étude approfondie de la géographie des lieux, de la densité de population, des réseaux de communication, du contexte socio-culturel et d'autres facteurs, de prévoir avant sa mise en place le nombre d'habitants qu'une seule équipe peut prendre en charge.

Le découpage du secteur est à déterminer avant de parler de mise en place du centre de santé mentale. Il doit respecter les lieux de rencontre, les courants de communication, les intérêts communs, économiques, matériels et culturels de la population. Un secteur ne peut se délimiter en partageant un quartier d'H.L.M. (habitations à loyer modéré), ou en excluant la maison des jeunes que fréquentent les adolescents du quartier. Le découpage doit tenir compte du "secteur scolaire", des lieux de culte et de rencontre, et de biens d'autres facteurs. Il serait intéressant de pouvoir superposer le secteur de psychiatrie avec un territoire civil ou de la santé publique.

L'application du secteur en milieu rural n'a pas été sérieusement étudiée en France. La plus grande tolérance de ce milieu aux troubles mentaux laisse supposer que le nombre d'institutions nécessaires serait plus réduit. En réalité il convient de repenser la question en fonction des conditions de vie, des besoins et des habitudes propres au milieu rural. N'est ce pas là, la preuve d'une intolérence de plus e en plus grande du milieu urbain face à la maladie mentale, et des exigeances que celui-ci projette sur l'enfant.

Nous sommes à nouveau confrontés au problème de la causalité. Si certains psychiatres, non content de remédier à ce que nous pourrions appeler " les effets " cherchent en outre à analyser les causes, ils sont vite obligés de reconnaître leur impuissance. En effet, la plupart des psychiatres se contentent de remplir le rôle qui leur est assigné en se gardant bien de toute démarche supplémentaire qui le remettrait en question. Le psychiatre soigne la maladie mentale, il fait des études et des recherches étiologiques, mais si ces recherches le conduisent à nier le sens même de son mandat social, il biaisera et tentera de mettre en place des structures qui le justifieront aux yeux de la Société, et c'est peut-être l'une des problèmatiques du "secteur".

Les centres de santé mentale doivent être facilement accessibles à la population dont ils ont la charge c'est cette raison qui justifie leur implantation au milieu de la population active.

Partant de ce point de vue, il existe plusieurs façons d'envisager sa mise en place. L'une préconise la dispersion des institutions de prise en charge, c'est dire que le centre pourra être situé dans un étage d'un immeuble quelconque du secteur. L'autre pense qu'une structure spécifiquement psychiatrique, regroupant le plus d'institutions diversifiées possible, répond mieux aux besoins, c'est à dire qu'il faut dans ce cas que le Centre s'intègre , soit dans la transformation d'une structure déjà existante, soit dans le projet de création d'une structure complexe de prise en charge.

Chaque formule a ses adeptes et ses opposants. La dispersion des institutions risque d'isoler les différentes équipes compétentes s'occupant de l'enfant et de maintenir un certain cloisonnement, chacun ignorant tout du travail de l'autre et souvent même de son existence. La non confrontation des expériences de chacun de ceux qui travaillent auprès de l'enfant risque de maintenir l'état actuel des choses et la question est de savoir si la dispersion des institutions permet cette confrontation.

La réunion dans un même lieu de la plus grande partie des institutions de prise en charge peut permettre, s'il existe une perméabilité totale entre ces organismes, une plus grande cohérence dans les soins à apporter à chaque enfant. Une analyse constante de ce qui se passe dans l'institution et entre les différentes

institutions, avec des personnes compétentes peut conduire chacun des soignants à une meilleure connaissance de lui-même, démarche qui ne peut qu'améliorer sa relation avec l'enfant. L'explicitation des conflits et des tensions intra et extra institutionnels évite que l'enfant n'en subisse la projection.

Certains se posent la question de savoir si le besoin de disperser les institutions correspond aux besoins réels de la population, ou si c'est là le reflet d'une crainte des psychiatres "d'asiles" qui ne trouvent que cette solution pour éviter la création d'un ensemble ségrégatif qu'ils seraient en permanence tentés de créer de par leur formation et leur pratique ancienne. Nous pensons que ce n'est pas une seule question d'implantation qui peut résoudre un problème aussi important. S'il est possible de penser qu'une certaine architecture favorise la création d'univers concentrationnaire

Nous pensons que l'architecture, la dispersion ou la non dispersion des institutions est un problème à aborder bien sur, mais que c'est avant tout un prétexte, souvent évoqué, pour masquer l'impuissance d'une équipe à s'ouvrir sur l'extérieur. L'univers clos, replié sur lui-même peut très bien être conçu dans le cadre d'une petite institution, implantée n'importe où, quelle qu'en soit l'architecture. La problèmatique de l'intégration dans la communauté et de l'ouverture sur l'extérieur tient bien plus aux individus qu'à l'architecture, dont nous ne saurions quand même nier l'importance.

Dans le 13° arrondissement de Paris, le Centre de Santé Mentale s'est organisé progressivement à partir des consultations d'hygiène sociale déjà établies dans l'arrondissement. Il s'agissait de créer un appareil complet de psychiatrie à partir du Centre de Santé Mentale Infantile et de l'enrichir, par ordre d'urgence et de possibilité administrative, d'autres institutions thérapeutiques. Il est dans ce cas impossible d'implanter ces autres institutions sur le même lieu, ce qui peut à postériori justifier d'une théorie sur le bien fondé de la dispersion des institutions. Prenons par ailleurs la Fondation Vallée à Gentilly qui a procédé inversement à la transformation progressive des structures d'un hôpital traditionnel; ceci à conduit à la création d'un Centre de Santé Mentale, puis d'un hôpital de jour dans l'enceinte de l'hôpital. De même que précédemment cet état de fait peut conduire à l'élaboration d'une théorie inverse qui préconise que pour répondre aux besoins de santé

mentale de l'enfant, la majeure partie des institutions de prise en charge doivent être groupées dans un ensemble structutalement adapté. L'objection majeure formulée est que cette vue de l'immeuble psychiatrique spécifique permet à la tendance ségrégationniste de se perpétuer.

Nous pensons que seules les données locales, et les possibilités financières et administratives inviennent dans la mise en place des Centre de Santé Mentale. Il est impossible de poser les principes de base de l'implantation d'un tel organisme. Toutefois celui-ci doit être facilement accessible à toute la population dont il doit prendre en charge les besoins de santé mentale.

2 - SES BUTS -

Le Centre de Santé Mentale en assurant la consultations externes constitue la porte d'entrée dans le dispositif de prise en charge par le secteur. Il est chargé du dépistage, du diagnostic et de l'orientation générale du traitement.

Il est enfin le lieu de la psychiatrie extra-hospitalière, c'est le centre de soins qui assure les consultations spécialisées de psychothérapie diverses, de psycho-pédagogie, de rééducation, de relaxation ... Il permet une prise en charge effective en maintenant l'enfant dans son milieu familial et scolaire.

3 - SON FONCTIONNEMENT -

a) Origine des consultations et liaisons avec les différents organismes s'occupant de l'enfant.

Nous aborderons ici le problème du dépistage et de la prévention des troubles psychiques de l'enfant. L'équipe de pédo-psychiatrie est prête à aider l'enfant et son entourage; mais elle ne peut prendre en charge que les cas qui lui sont confiés et ceux qui relèvent de sa compétence?

Ce sont les organismes ayant des contacts avec les enfants et les adolescents qui sont les meilleurs agents du dépistage, mais encore faudrait-il que les critères de pathologie mentale qu'ils utilisent soient les mêmes que ceux de l'équipe du Centre de Santé Mentale.

Il s'agit donc d'informer les personnes qui ont des relations avec l'enfant. Cette information doit être apportée de façon adaptée à chaque circonstance. Les objections actuelles sont d'une part que la psychiatrie cherche à assujetir les autres disciplines, d'autre part que chaque spécialiste informé essaye d'être un pseudo-psychiatre, objections qui ne font d'ailleurs que refléter le malaise de la psychiatrie infantile en général où chacun veut jouer tous les rôles et où personne n'arrive à se définir. Il s'agit d'instaurer un dialogue réel et constant permettant un enrichissement mutuel tout en reconnaissant à chaque discipline sa spécifité. Ces échanges permettent une meilleure compréhension de ce qu'est l'action psychiatrique et déchargent les centres des cas qui ne sont pas de sa compétence.

Nous sommes conduits à entrer en rapport avec tous ceux qui s'occupent de l'enfant et de l'adolescent, c'est d'eux que dépend en grande partie la prévention et le dépistage des troubles psychiques de l'enfant.

Nous allons aborder successivement les différents organismes susceptibles d'entrer dans le cadre de cette prophylaxie, à des titres divers, avec leur spécificité propre.

Le personnel des consultations pré-natales et des maisons maternelles accueillant les filles-mères durant leur grossesse, devrait être apte à reconnaître et à intervenir au niveau de la mère lorsqu'il existe des phénomènes de rejet de l'enfant et de vie négative de la grossesse. Simple action d'aide. Cette formation nous semble faire partie du cadre propre de ces organismes et non de la psychiatrie, mais nous ne saurions résumer du fait que chacun est formé pour assumer le poste qu'il occupe et l'incompétence que nous rencontrons dans la structure de notre société nous fait poser le problème de l'adéquation des affectations. Nous sommes d'ailleurs constemment confrontés au problème des formations non adaptées à la pratique de profession pour laquelle elles ont été instituées. Il est dommage que la nécessité de ces multiples lieux d'intervention du psychiatre, que certains voient comme une hyperpsychiatrisation, soient la conséquence d'une lacune dans la formation qu'il ne devrait pas avoir à combler si celle-ci était adaptée.

Envisageons le cas des maternités et des cliniques d'accouchement nous ne pouvons que rester frappés par la méconnaissance totale de ce que doit être la relation mère-enfant dans les maternités modernes. Sous prétexte d'hygiène, les enfants sont placés dans des boxes de verre et si la malchance veut que la mère ne l'allaite pas, du personnel "bien formé" est là pour " en un tour de main" changer le bébé et lui donner le biberon. Il y a alors de grandes chances pour que la mère quitte la maternité quelques jours plus tard en n'ayant plus aucun contact avec l'enfant. En effet les impératifs médicaux préconisent, pour le bien être de l'enfant, "une bonne hygiène et la tranquillité", ce qui est traduit en terme d'aseptie et d'isolement. Il semble que le personnel qui se doit d'appliquer ces méthodes aura beaucoup de mal a être sensibilisé à ce que représent les premiers jours de la vie dans le devenir psychique de l'enfant.

Les jeunes mères ne demandent qu'à être initiées et le travail dans les maternités est une forme efficace de prophylaxie des troubles relationnels de l'enfant, de part la possibilité d'une action intensive sur une mère disponible et à l'écoute.

Les services hospitaliers de médecine et de chirurgie infantile posent le délicat problème d'organismes le plus souvent pathogènes en matière de santé mentale. L'intérêt d'une étroite collaboration entre le secteur psychiatrique et ces services réside dans la recherche en mèdecine psycho-somatique de l'enfant et dans ce que certains appelent "l'humanisation des relations" sans que celà nuise en quoi que ce soit à la médecine et à la chirurgie.

Il suffit d'observer l'aménagement des locaux, le règlement intérieur de l'hôpital et le comportement du personnel pour s'apercevoir de l'ignorance totale des rudiments de psychologie de l'enfant.

L'introduction de ces notions semble très difficile car elle risque de remettre en question toute une organisation basée sur l'approche objectivante de l'enfant. Nous pensons que les résistances sont d'autant plus difficile à vaincre qu'il s'agit de conceptions totalement opposées. Il faut tenir compte du vecu de l'enfant ; non uniquement du cas médical ou chirurgical qu'il représente.

Le pédo-psychiatre envisage l'enfant dans son contexte, et parle de la nécessité d'hospitaliser l'enfant avec sa mère, le chirurgien et souvent le médecin n'envisagent que l'organe lésé, et ne voient pas de rapport entre la guérison de l'enfant et la présence de la mère.

Le langage est différent et il ne s'agit pas d'une simple formation ou information comme certains le pensent, mais d'une remise en cause très importante d'une technique d'approche à laquelle tout le personnel soignant, médical ou chirurgical est actuellement formé.

D'autre part nous savons qu'au cours de l'enfance la plupart des conflits s'extériorisent par des atteintes somatiques, et vouloir ignorer la part du psychisme dans certaines maladies de l'enfant reviendrait à nier une partie de la médecine qui est la psycho-somatique.

Dans les services hospitaliers l'apport de la psychiatrie ne pourrait qu'être bénéfique et ceci plus particulièrement dans le domaine de la recherche en psycho-somatique. Toutefois un bouleversement total des structures actuelles est nécessaire si l'on veut que la collaboration devienne une réalité puis un succés.

L'établissement des liaisons avec les centres de consultation de P.M.I. (protection maternelle et infantile) est très important. En effet c'est à leur niveau que l'on peut déceler très tôt les perturbations de la relation mère-enfant.

La nécessité de la collaboration d'une personne formée à l'approche psychiatrique est déjà apparue dans de nombreux centres de P.M.I. Certains ont cru apporter une solution en établissant une consultation de pédo-psychiatrie parallèlement à celle de pédiatrie. Il s'avère que cette formule ne fait que perpétuer le cloisonnement entre les deux équipes en permettant au pédiatre de se décharger des cas qu'il juge psychiatrique.

C'est donc au sein même de l'équipe pédiatrique que doit se faire l'intégration d'un spécialiste de psychiatrie infantile, afin de seuls soient adressés au service spécialisé les cas nécessitant une prise en charge spécifique. L'introduction d'un pédo-psychiatre semble diffilement admise, il existe des problèmes de rivalité, de lutte pour le pouvoir dès qu'il est question

d'introduire un médecin d'une spécialité différente ayant, lui aussi, pour motivation l'enfant. Le manque évident de volonté de collaboration traduit dans la plupart des cas une dérobade du médecin face à la remise en cause personnelle qu'elle implique.

Dans l'état actuel des choses, la collaboration à un niveau non médical, c'est à dire par l'intermédiaire d'un psychologue ou d'une assistante sociale spécialisée, semble mieux toléré. Certains ont envisagé le détachement d'un membre du service de psychiatrie infantile dans le cadre des consultations de P.M.I. afin d'initier et d'informer. Il est possible de prévoir un stage au centre de santé mentale permettant au personnel attaché aux consultations P.M.I. de prendre conscience des problème psychiatriques concernant l'enfant.

Les pédiatres, les médecins généralistes de la pratique privée sont ceux qui sont le plus près de l'enfant à cette période qu'est la pré-scolarité; ils connaissent de plus le mileu dans lequel il vit, car la pratique des visites à domicile les plonge souvent au centre des conflits qui restent cachés très longtemps dans le cadre des consultations au Centre. Le médecin généraliste soigne le plus souvent toute la famille et il est le mieux écouté, d'autant plus que son statut rassure autant que celui de psychiatre affole. Leur collaboration avec le centre nous paraît non pas nécessaire mais indispensable, une bonne coordination permet de gagner du temps et le plus souvent d'être efficace. En effet combien de parents vont en référer à leur médecin de famille pour savoir si oui ou non le traitement envisagé est opportun. Si la collaboration est réelle, celui-ci est déjà avisé, son avis a été demandé et tout en est facilité.

Hélas nous assistons actuellement à une lutte de prise de pouvoir sur l'enfant. D'une part le pédiatre, prétendant que tout ce qui concerne l'enfant lui revient de droit et qui sentant une lacune dans sa formation, va faire au plus vite une licence de psychologie; D'autre part le pédo-psychiatre affirmant que, pour faire de la psychiatrie de l'enfant il faut avoir une connaissance parfaite de la psychiatrie adulte et que la pédiatrie n'a rien à voir là dedans. Querelles intestines dont toute la médecine est sous-tendue; nous ne saurions entrer dans ce genre de considérations.

Une seule règle, pour nous, reste valable : l'aide à apporter à l'enfant, qu'elle vienne d'un pédiatre ou d'un pédo-psychiatre peu importe pourvu que chacun sache à quel niveau s'arrête sa compétence.

Nous pensons qu'une formation commune de tous ceux qui ont pour but la santé, physique ou psychique, de l'enfant, résoudrait une partie de ces conflits. Les groupes Balints, les séminaires, les groupes de formation type "T groupes", les consultations-discussions, ainsi que toute autre méthode permettant d'établir des contacts directs et un courant d'échange réciproque, parviendraient à résoudre la plupart des tensions.

L'approche psychiatrique des enfants en bas âge a été jusqu'à nos jours très peu étudiée; elle présente donc un intérêt nouveau et un terrain de recherche inexploré. Pour celà nous pensons qu'il est utile que des liaisons, dont la forme reste à définir, soient établies avec les pouponnières, les crèches, les organismes d'adoption, les jardins d'enfants et les écoles maternelles.

Nous abordons dans ce paragraphe les liaisons avec l'Education Nationale. Personne ne songe à nier l'importance de l'école dans la vie de l'enfant et son influence sur son développement. Deux tiers des consultations du Centre de Santé Mentale ont pour origine l'école. C'est elle qui a la responsabilité majeure du dépistage et c'est donc par elle que doit être assurée la prophylaxie.

Mais nous savons combien les critères des pédagogues en matière de santé mentale sont erronés ou insuffisants. De par leur formation ils se réfèrent le plus souvent à des normes d'efficience et de comportement, aussi leur appréciation des symptômes est-elle inadéquate. Le mauvais rendement scolaire, les troubles du comportement perturbant la classe, sont considérés en général comme relevant du domaine psychiatrique, alors que, certaines formes de pathologie, permettant un bon rendement scolaire et n'ayant aucune manifestation extérieure de type expansif, restent le plus souvent ignorées des pédagogues.

Certains pensent qu'une information des enseignants t indispensable pour orienter valablement les enfants r le centre, d'autres envisagent cette formule comme suffisante et totalement dénuée d'effet. En fait, si propos est uniquement le dépistage, peut-être qu'une formation suffit, mais là n'est pas le but de la ychiatrie infantile, et c'est à titre de prophylaxie e la dimension psychiatrique doit entrer dans l'enseiement. Il ne s'agit donc pas d'une information, mais ne formation qui permettrait au pédagogue de se retre en question personnellement face à l'enfant.

Ces maîtres que nous voudrions "sensibiliser" ont-s eux la possibilité de s'affirmer en tant que perne? Et c'est en celà que nous pensons que la prophycie de l'hygiène mentale de l'enfant à l'école passe r une grande partie par celle des enseignants. Ceuxne peuvant se réaliser en tant qu'individus sont donc s l'impossibilité de permettre à l'enfant de le faire. classes sont surchargées et les pédagogues peu ou formés (il n'y a qu'à considérer le recrutement des tituteurs et institutrices avec, comme seul diplôme, baccalauréat, avec un diplôme reconnu sans valeur matrice par n'importe quel corps de métier, si ce st celui qui le dispense, c'est à dire l'éducation ionale). Nous parlons de formation psychologique enseignants alors qu'ils ne possèdent même pas celle pédagogue. Il semble qu'il soit difficile d'établir dialogue réel puisque l'un des participants n'a siment rien à dire. Toujours est-il que, quels qu'en ent les facteurs (classes trop nombreuses, pédagogues formés, progrés du dépistage, perturbations familia, enseignement non adapté, etc...) le nombre de ubles dyslexique et dyscalculique est en progression n très nette.

Les pouvoirs publics résolvent ce problème en ssant se multiplier les maisons médicales pour inatés scolaires. L'éducation nationale se décharge sur organismes privés rattachés par convention à l'acn sanitaire et sociale, ceci soulignant une fois de s la tendance démissionnaire des organismes d'état.

Nous pourrions de plus nous demander si cette me d'éducation réservée aux "cas spéciaux" est en e-même une solution adéquate et si ce n'est pas dans cadre de l'école publique que devrait être donnée possibilité d'un enseignement adapté à ces cas ciaux. Tout enfant devrait pouvoir recevoir l'instction "de tout le monde" mais il faudrait pour celà l'instruction réponde à ses difficultés propre.

Il est tout de même à considérer que l'extension des instituts médico-pédagogiques pose un problème au même titre que la carence de l'enseignement dont elle est le reflet direct (1)

Ceci dit il faut tout de même considérer que toute inadaptation scolaire doit faire l'objet d'un bilan complet. Ce n'est pas le rôle du pédagogue de traiter, pas plus que celui du psychiatre d'enseigner. Si le pédagogue peut parfois prendre en charge un cas difficile et exercer sur lui une action psychothérapique, il n'est pas de son rôle de faire la part du pathologique et du non pathologique.

C'est en cela qu'il est nécessaire de supprimer la confusion qui règne dans les fonctions respectives de la Santé et de l'Education Nationale vis à vis de l'enfant "inadapté", et d'admettre que tout enfant présentant des troubles au niveau de l'adaptation à l'école soit l'objet d'une consultation. Il semble qu'il ne puisse exister de conflit d'attribution, en effet, l'objectif de base et les moyens techniques de chacun sont profondément différents.

L'école constituant le pôle principal de l'action en psychiatrie infantile, il faut arriver à trouver des moyens de communication. La collaboration des différents membres du personnel scolaire et de centre de santé mentale, assistante sociale, psychologue entre autre ; l'échange de personnel dans les deux sens : orthophonistes détachés du centre dans une école, instituteurs au centre des séminaires communs, une information de groupe dans le cadre du centre, enfin toute autre sorte de moyens de communications peuvent être envisagés.

Dans le 13ème arrondissement de PARIS (2) la collaboration du Centre de Santé Mentale avec l'Education Nationale s'est développée à tous les niveaux. Dans un premier temps furent organisées des réunions avec les inspecteurs de l'Education Nationale et les Directeurs d'écoles afin d'élaborer un plan commun de travail. Ensuite fut

(1) Maud Mannoni "Le premier rendez-vous avec le psychanalyste" - Collection Femme -
(2) D'après Ida Dorignac "L'organisation de secteur en psychiatrie infantile" - Thèse Toulouse 1969.

éée une commission permanente de coordination et étude comprenant l'Inspecteur Général, les Inspecurs d'Académie, le Médecin, le Directeur du Centre Santé Mentale Infantile, et les médecins chargés des rvices médico-pédagogiques. Parallèlement, les Assisntes Sociales du Centre de Santé Mentale Infantile irent contact systématiquement avec leurs collègues olaires. Un séminaire les réunissant une fois par is fut organisé. Les orthophonistes du Centre furent troduits dans les écoles pour collaborer directement ec les institutrices aux rééducations des troubles du ngage. Les psychologues rattachés au centre particint dans les écoles à la sélection des enfants posant s problèmes.

Progressivement cette collaboration s'est étendue. le comprend actuellement :

une classe d'observation créée dans une école maternelle pour les enfants présentant des troubles d'adaptation.

des classes spéciales d'adaptation à la lecture ont été ouvertes pour les enfants des cours préparatoires. Il s'agit de classes d'attente branchées en dérivation sur le cours préparatoire où les enfants peuvent être placés momentanément pour un temps très variable et retourner ensuite dans la classe normale. Une orthophoniste du Centre de Santé Mentale y est détachée, un psychologue scolaire et un éducateur. Huit étaient déjà en fonctionnement en 1968 et les résultats s'avéraient très encourageants puisque deux tiers des enfants avaient pu reprendre une scolarité normale.

une classe "de réadaptation à l'effort" pour enfants psychotiques ou gravement perturbés fonctionne dans une école publique. Le recrutement est entièrement fait par le Centre, elle sert souvent de transition pour les enfants sortant de l'hopital de jour.

Il existe une classe traditionnelle pour "mal entendants" et un médecin de Centre est admis aux commissions médico-pédagogiques du 15° Arrondissement. Les enfants proposés par l'équipe psychiatrique sont admis mais celle-ci ne contrôle pas l'ensemble de la sélection.

b) Organisation des consultations.

L'organisation des consultations externes varie avec les Centres de Santé Mentale et selon les pédo-psychiatres qui les assurent. Mais si leur forme peut être différente, les buts n'en sont pas moins identiques il s'agit d'aborder le problème individuel de l'enfant, d'essayer de dégager les divers éléments du tableau clinique et enfin de proposer des moyens d'actions permettant de les résoudre.

Les consultations ont lieu au Centre de Santé Mentale, dans un bureau affecté à cet usage, la majorité des consultants pensent que la neutralité du cadre permet de dénouer certaines tensions et est en lui-même favorable; cette opinion mérite d'être discutée.

Il est tout de même indéniable qu'il s'agit d'une vue partielle de l'enfant, qui exclut la relation dynamique qu'il vit journellement dans sa famille. Or, certains pensent que la majeure partie de la pathologie de l'enfant est une pathologie réactionnelle à des conflits avec son entourage, et ceux-ci sont bien difficiles à percevoir dans cette atmosphère artificielle, où les interactions sont limitées aux membres présents, et où chacun essaye de donner la meilleure image de lui-même.

Afin d'élargir au maximum cette vue partielle de l'enfant, il existe dans certains centres de santé mentale, de petites salles d'attente où sont branchés des moyens d'observation audio-visuel . Ils permettent d'observer la relation mère-enfant sans l'intervention de personnes étrangères à cette relation. Nous n'oublions d'ailleurs pas que le cadre et la situation étant inhabituelle et transitoire, cette relation est obligatoirement faussée. De même ont été créées de petites salles de jeux où il est possible de réunir, soit plusieurs enfants, soit parents et enfants; en fait l'enfant ne s'y manifeste jamais dans sa totalité car tout est perçu comme provisoire. Ces techniques offrent un moyen nouveau d'information; nous n'aborderons pas tous les problème éthiques qu'elles soulèvent.

Les consultations sont assurées par des pédo-psychiatres vacataires du Centre de Santé Mentale; elles sont fréquentées sur convocation. L'enfant vient généralement accompagné par sa mère, plus rarement par ses deux parents. Le père ne se sent pas concerné, et même s'il a fait le déplacement, il reste le plus souvent à l'extérieur et attend la fin de la consultation. Généralement il ne pense pas avoir droit à la parole, et laisse la mère traiter seule de ses problèmes. Maud Mannoni dans son livre, "l'enfant arriéré et sa mère" fait une analyse de cette situation en ce qui concerne les enfants arriérés.

Certains psychiatres reçoivent en premier lieu les parents puis l'enfant et ensuite les deux ensembles, d'autres vont établir un ordre inverse ou scotomiser une étape, ou même ne voir que l'enfant. Ceci est affaire du point de vue personnel du médecin sur l'opportunité de l'une ou de l'autre tactique, chacun pouvant justifier sa façon de procéder et parfois alléguer l'habitude. En fait l'ordre qu'il établit correspond le plus souvent à sa façon d'appréhender la maladie mentale de l'enfant. Nous pensons qu'il doit essayer d'avoir le maximum de confrontation avec l'enfant et ceux qui l'entourent afin de tenter de cerner quel est le sens réel du symptôme présenté par l'enfant. Il lui sera alors possible de prendre une décision d'orientation thérapeutique en meilleure connaissance de cause.

De même suivant sa conception de la prise en charge ultérieure de l'enfant il va recevoir seul ou avec d'autres membres de l'équipe. Ceux qui reçoivent seuls alléguent la situation privilégiée de relation duelle, qui permet une meilleure communication avec l'enfant. Ceci nous semble d'ailleurs discutable; il s'agit peut être d'une projection.

D'autres reçoivent avec l'assistante sociale ou le psychologue, parfois les deux selon les possibilités et l'opportunité. C'est en partant du fait qu'ils envisagent une prise en charge collective qu'ils pensent que l'enfant et sa famille doivent pouvoir s'exprimer devant le groupe. Les réticences qui se manisfestentparfois au cours de la première consultation, disparaissent progressivement au cours des entretiens suivants. Cette position s'explique par le fait que le psychiatre n'est pas toujours là au

moment d'un conflit et si la famille et l'enfant sont dès le départ reliés à plusieurs personnes il y aura plus de chance pour que l'aide soit apportée au moment où il faut, par quelqu'un de connu et en qui ils ont confiance. C'est dans cette optique que travaille le service d'hospitalisation à domicile dont nous reparlerons ultérieurement.

La consultation est parfois unique, et pour certains cas dit "simples", la décision d'orientation est prise dès ce premier entretien, mais cette façon de procéder est l'exception, car aux cas même simples en apparence sont liés des problèmes relationnels et affectifs que l'on ne doit pas négliger. Il est généralement nécessaire d'avoir un complément d'information, soit par une entrevue avec le psychologue qui, à l'aide de ses techniques propres, va apporter une autre dimension à la connaissance du cas; soit par la mise en observation de l'enfant dans un centre mis en place à cet effet; soit par la nécessité de voir d'autres membres de la famille, de provoquer des confrontations afin de mieux cerner ce qu'est la pathologie de l'enfant dans son contexte. La décision n'intervient donc que dans un temps ultérieur lors d'une autre consultation.

Le contenu de la consultation est lui-même complexe, il s'agit de cerner au mieux la pathologie de l'enfant, mais ceci est parfois difficile, dans ce cadre artificiel où ne sont présents qu'un nombre restreint de personnes avec qui l'enfant entre en contact journellement.

Le psychiatre a en main le dossier social; aussi complet soit-il nous savons qu'il est partiel et qu'il est nécessaire d'arriver à faire expliciter ce qui a été volontairement ou involontairement oublié ou modifié par celle qui l'a induit, c'est à dire la mère le plus souvent. Nous connaissons la fréquence de négation des troubles psychiques de l'enfant par sa famille et surtout s'ils sont à forme déficitaires, atteinte narcissique de la mère qui la conduit à chercher à ce trouble une raison organique et des solutions médicales et pédagogiques. Tous les rapprochements les plus hasardeux entre une cause déterminante et la situation actuelle ont été faits, faussant parfois totalement l'anamnèse. Il arrive parfois que la famille majore les troubles de l'enfant, encore faut-il en prendre conscience

de cette majoration et décoder ce qu'elle signifie. Il y a ce qui est dit donc transcrit et il y a ce qui est vécu profondément qui peut être parfois volontairement omis, car difficile à exprimer ou culpabilisé par celui qui le vit, il y a aussi toutes les motivations inconscientes. Ce n'est pas en une consultation que la situation va apparaître avec clarté mais progressivement, en essayant de comprendre ce qu'il se passe réellement, en observant les façons dont communiquent entre eux les membres de cette famille, le comportement de chacun, en relation avec l'un ou l'autre ou plusieurs des gens avec qui il vit, que le psychiatre peut essayer de prendre une décision thérapeutique, tenant compte de l'enfant en situation relationnelle et non de l'enfant en tant qu'entité.

C'est au cours de la consultation que se fait jour la spécificité du rôle du psychiatre. C'est lui seul qui peut faire la part du psychique et du somatique, de l'organicité et de la part relationnelle du trouble présenté. Il va pratiquer une investigation complète de l'enfant et demander tous les examens complémentaires permettant de faire la part de l'un et de l'autre. C'est parce qu'il est avant tout médecin que personne ne peut nier la spécificité de son rôle. Nous verrons ultérieurement que de nombreux spécialistes non médecins réclament le droit de faire de la psychotérapie, ceci est un autre sujet, mais aucun ne peut contester au médecin ce rôle spécifique de consultant et de responsable de l'orientation générale du traitement.

Nous pensons qu'il faut envisager dans le cadre de un Centre de Santé Mentale une formule de consultation originale pour les adolescents, une sorte de permanence où ils sont assurés de trouver quelqu'un de disponible prêt à les aider. Ils sont reçus sans aucune modalité préalable et sans implication de la famille.

c) prise en charge ambulatoire -

Outre les consultations externes d'orientation t de décision de prise en charge, le centre assure es consultations spécialisées de psychothérapie, de rééducation, d'aide psycho-pédagogique, de relaxation.. 'est à l'aide de ces différentes techniques que va ouvoir se faire la cure ambulatoire qui permet une rise en charge effective tout en laissant l'enfant ans son milieu naturel. Nous avons déjà envisagé les aisons qui font que, dans l'état actuel de notre ociété, il est préférable de maintenir au maximum 'enfant dans sa famille afin de ne pas créer defait e difficile problème de la réinsertion. Cette formule ermet de diminuer de près de moitié le nombre de its d'hospitalisation et de répondre actuellement ux besoins de l'enfant. Mais il faut se garder de out extrémisme et savoir que la cure ambulatoire a es indications précises et qu'il existe des cas où e placement dans une institution est préférable et ar lui-même thérapeutique pour l'enfant.

Après l'apport de Freud, les études de Spitz, es écrits des analystes d'enfants, nous sommes menés à penser qu'il est préférable de maintenir u maximum cette relation familiale sur laquelle st basée toute notre culture parce qu'une rupture rée des problèmes complexes sur lesquels nous sommes bligés d'intervenir ultérieurement. C'est donc que 'enfant ne peut être considéré qu'inclus dans le éseau familial. Si l'accord se fait sur ce point, es niveaux d'analyse des situations ont conduit à lusieurs théories, qui ne s'excluent pas mais enri- hissent d'autant les techniques thérapeutiques.

C'est parce qu'elle permet l'application de ces iverses théories que la cure ambulatoire est le plus ouvent préférée à toute autre forme de prise en char- e. Elle permet le maintient de l'enfant dans sa amille et favorise toutes les possibilités d'entrer n contact avec elle. Elle permet d'envisager selon e cas et l'analyse qui en est faite de la prendre en harge individuellement ou en groupe.

C'est dire qu'elle reste une structure très uple permettant d'inclure dans la thérapie et selon

es besoins une partie de ceux qui entrent avec l'enant dans la pathologie. La famille est le plus souent l'origine mais toujours le réceptable des troubles de l'enfant; il s'établit entre eux un véritable ercle vicieux qu'il s'agit de mettre en évidence et 'arriver à interrompre. Plusieurs techniques peuvent re employées à cette fin.

Dire qu'il est souhaitable de pouvoir envisager ne action concommitente sur l'enfant et son entourage, e veut pas dire que ce soit une mesure d'exclusion que toute tentative thérapeutique ne touchant que enfant, soit obligatoirement vouée à l'échec.

La prise en charge en ambulatoire est assurée r la fréquentation régulière de consultations spécialisées à un rythme variable, suivant les indications pédo-psychiatre.

Le service de psychothérapie y occupe une place ès importante; il y est actuellement le sujet de mbreuses discussions, chacun réclamant le rôle de sychothérapeute. Nous pensons pourtant que la prunce reste de règle pour tout ce qui touche à la sychothérapie en direction de l'enfant et de l'adolescent.

La pratique d'une cure analytique classique doit uvoir être entreprise dans le cadre du centre. Le sychanaliste travaille comme en clientèle privée, is la dimension analytique est plus difficile à troduire. Il doit se distinguer dès le départ des ltiples formes de rééducation "faire un dessin ur le Monsieur ou la Dame" est parfois demandé à enfant plusieurs fois dans la semaine; c'est donc delà de ce qui est demandé que l'analyste doit être connu. C'est le discours qui doit être privilégié(1).

Les consultations de psychothérapie individuelle nt actuellement revendiquées par toute une série de chniciens plus ou moins formés, plus ou moins qualifiés. Il suffit qu'ils n'oublient pas que la première s règles de la thérapie est de ne pas nuire, et

(1) Maud Mannoni "L'enfant, sa "maladie" et les autres". Edition du Seuil.

'ils sachent où s'arrête leur compétence. Nous issons à chacun le soin de juger s'il est apte ou n à assumer cette forme de prise en charge, tout souhaitant que soient institués des groupes de pervision qui permettraient à chacun de faire une alyse de ce qui se passe durant la thérapie. Les is fournis par le groupe pouvant faire prendre science de certains faits importants qui ont pu sser inaperçus au psychothérapeute.

Les psychothérapies de groupe, les séances de ychodrame et de sociodrame ne peuvent être pratiées que par des gens spécialement formés à ces techques. Leur maniement nous paraît difficile et dangeux pour l'enfant, sans une sérieuse formation personlle et une pratique préalable de ces techniques en t que co-thérapeute.

Le service des rééducations spécialisés est très portant; il inclut des spécialistes de la psychoricité, des orthophonistes, des psychagenesistes, rééducateurs scolaires, des techniciens spécialidans une méthode ou une autre (ype Bon Départ par mple). Chacun prend en charge, individuellement ou groupe selon l'indication et sa compétence propre, nfant qui lui a été confié par le pédo-psychiatre. s'intégre alors dans le travail de l'équipe de base participe aux réunions de synthèse où il est appelé nner son avis technique sur l'évolution de l'enfant.

L'aide psycho-pédagogique est une forme de prise charge qui n'est ni de la rééducation, ni de la chothérapie; elle procède des deux, mais a sa propre cifité. Elle est assurée par des psychologues spélement formés et a pour but de réduire le vécu datif de la scolarité.

Les techniques de relaxation, méthode de Schultze re autre, sont pratiquées au Centre et s'intégrent s les prises en charge ambulatoires.

L'indication des diverses techniques qui doivent e mises en oeuvre durant la cure ambulatoire sont s la dépendance du pédo psychiatre consultant; c'est qui reste responsable de l'orientation thérapeuque. Il est chargé d'assurer la cohérence de la se en charge et le maintient de sa continuité. st de lui que dépend l'unité de la cure, de la post-

re et de la réinsertion. Il reste le pivot auquel enfant est toujours relié quelle que soit sa forme prise en charge.

D'autre part c'est de lui que dépend la possibilité té de la prise en charge collective et du travail en uipe. S'il accepte un travail de groupe où l'apport chacun est reconnu et où l'échange des connaissances la confrontation des différents points de vues est ssible, il favorise la connaissance du cas de l'enant, et peut ainsi adapter en permanence la thérapeuque en fonction de l'évolution. Certains médecins nsultants ne jugent pas utile de discuter leurs ints de vue. Ils sont supposés détenir le savoir. issant ainsi, ils ne respectent pas les intérêts de enfant et évoluent rapidement vers leur propre lérose.

Les réunions de synthèse sont, dans la plupart s centres, le lieu de ces échanges. Nous savons 'elles n'existent pas partout, qu'elles ne sont pas ujours incluses dans le temps de travail, ce qui ut dire qu'elle n'apparaîssent pas à tous comme inspensables et faisant partie réellement du travail; fin, ailleurs, elles ne sont pas assez nombreuses seuls sont pris collectivement les cas embarrassants i ne sont pas forcément les plus graves.

d) relations avec la famille et l'entourage de l'enfant - moyens d'action.

Comme nous l'avons vu l'enfant ne peut être risagé isolément, mais au sein de réseaux relationls. Son traitement exige donc une possibilité d'acon sur son entourage, non seulement pour tenter de lifier des attitudes nocives, mais pour essayer de ntenir l'équilibre économique familial menacé par nouvelle évolution de l'élément traité. C'est donc la famille dans son ensemble que l'on est appelé gir pour atteindre efficacement l'enfant.

Plusieurs moyens d'action peuvent être envisagés. sont fonction de chaque cas.

C'est généralement l'assistante sociale qui est chargée de la famille. C'est son rôle spécifique tant qu'elle peut l'assumer. Elle peut procéder de différentes manières suivant ses aptitudes, ses possibilités, sa formation, et les besoins de la famille, soit par des visites à domicile, soit par des entretiens avec les parents lors des consultations de l'enfant. C'est elle qui permet souvent la continuité de la thérapeutique et le maintient de l'enfant dans sa famille. Après avoir essayé, avec l'aide de l'équipe, de cerner le problème particulier à chacune d'entre elles, c'est elle qui est chargée de les amener progressivement à entrer aux-mêmes en thérapie si celà s'avère nécessaire.

De toute façon on ne peut oublier qu'aucun texte ne prescrit de relation avec les familles et qu'il n'existe pas non plus de crédit, ni de personnel affecté à cette tâche hors de l'assistante sociale. C'est donc à elle d'assumer au maximum cette tâche.

Dans certains centres une formation des parents a été tentée sous forme de réunions ayant pour motif l'aide à apporter à l'enfant. Lors de ces réunions s'établit rapidement une véritable dynamique de groupe qui peut, si elle est menée par une personne compétente être thérapeutique pour les participants. Ailleurs des ciné-clubs pour les parents fonctionnent et les discussions sont orientées sur les aspects psychologiques.

Toutes ces formes d'action s'avèrent parfois insuffisantes et c'est la famille dans son ensemble que l'on est appelé à traiter. Une observation minutieuse des interractions familiales conduit parfois à la constatation que le comportement de l'enfant est tout à fait compréhensible au sein de son groupe et l'on envisage alors une prise en charge de la famille au complet ou d'une partie de cette famille par l'équipe de psycho-thérapie familiale.

elles, même par cette technique. Il est fréquent voir des ouvriers obligés pour vivre de faire squ'à 10 h de travail par jour si ce n'est plus. Ils ntrent souvent tard, fourbus. Les enfants sont couchés. ns ces conditions matérielles, il est impossible envisager une prise en charge de la famille. De plus, assistante sociale peut rencontrer une hostilité de part de la famille qui, n'osant pas toucher à une alité quotidienne, préfère dénigrer, avant même que les entreprendre, toutes les tentatives risquant de rturber le système établi.

La pratique de cette thérapie de la famille ène à la constatation que chaque famille opère de çon répétitive; de là le concept de système familial. ns chacune existent des règles précises sur la çon dont chaque personne se rapporte à toute autre rsonne. Lorsque ce système est un système fermé, il nécessiter des boucs émissaires, bien qu'en réalité acun d'eux soit limité dans sa maturité.

Le thérapeute familial va essayer de modifier la mmunication et, dès que celle-ci commence à changer, 'elle devient directe, le comportement commence à modifier. C'est au cours d'un nouvel apprentissage langage, où chacun s'exprime de façon différente, e l'on découvre une perception nouvelle des autres mbres de la famille. Les relations commencent à établir en fonction de ce que sont les membres de famille au lieu de ce que chacun d'entre eux avait ginè que l'autre est.

La pratique de la thérapie familiale demande une chnique spéciale, une compétence particulière pour ne courir aux pires catastrophes.

Il existe aux Etats Unis 90 instituts de thérapie miliale. Les diplômes qui y sont exigés sont, outre ux de médecin, ceux de psychologue. Ces instituts nt également ouverts aux assistantes sociales justi- nt de quinze ans de service social. Ils délivrent attestation de compétence à exercer le rôle de érapeute familial. Actuellement il n'existe en France deux centres de Santé Mentale où ces techniques nt mises en pratique; d'une part, celui du 13° arron- ssement de Paris, et d'autre part, celui du centre Santé Mentale de Costenzo à Nice où une section de rmation a été créée il y a déjà un an.

La thérapie familiale a comme point de départ le fait que le comportement d'une personne réflète la façon dont les autres membres de la famille interagissent. C'est dire que l'enfant qui porte le symptôme est en train de vivre un conflit qu'il exprime par son comportement. Mais l'enfant ne vit pas seul; il est le produit de l'unité sociale qu'est la famille où il développe les fondations de son être propre et de sa façon de communiquer. Il reçoit de ses parents des messages. Si ceux-ci sont contradictoires, pas clairs, et l'attitude incertaine, l'enfant sera en conflit et ne pourra se forger qu'une image déformée de lui-même. Ce conflit, il peut, soit l'exprimer par un symptôme, soit l'intégrer et vivre avec une faible estime de lui-même qui le conduira à établir avec les autres des communications faussées et à avoir un jour dans sa famille quelqu'un qui manifestera un symptôme (si ce n'est lui une fois adulte).

C'est en admettant que la communication est le facteur de base du comportement, que va intervenir le thérapeute familial. En tentant de changer le système de communication entre les membres de la famille, il espère modifier le comportement.

S'il est difficile de faire admettre aux parents qu'ils sont impliqués d'une façon ou de l'autre dans la pathologie de l'enfant, par contre il est de notre expérience qu'ils sont rapidement conduits à exprimer leurs propres difficultés dans la vie. Parfois l'assistante sociale constate qu'il existe un désaccord profond et que personne "ne se comprend" dans la famille. Elle propose une aide, c'est-à-dire elle offre une possibilité de mieux se comprendre donc de mieux s'admettre et les engage dans la voie de la thérapie familiale.

Elle se heurte parfois à un refus catégorique de la part de l'un des deux parents. Dans d'autres cas l'un dit qu'il est d'accord mais pense que l'autre ne le sera pas. C'est une forme d'échappatoire. Il souhaite que l'autre ne veuille pas et fera tout pour celà afin d'échapper à une remise en question, mais ceci sans l'avouer. Les difficultés horaires sont souvent évoquées, ainsi que l'impossibilité de se déplacer tous au moment où il serait possible d'être ensemble. Ce sont parfois des prétextes mais souvent des réalités. L'assistante sociale peut trouver une solution par la pratique de la thérapie familiale à domicile. Il y a tout de même des impossibilités

4 - L'EQUIPE DE PEDO-PSYCHIATRIE -

Parler d'équipe dans le cadre des Centres de nté mentale nous paraît être une mystification car le n'existe la plupart du temps que comme un mythe i doit être analysé en tant que tel.

Dans le centre de santé mentale le problème prirdial est celui du travail d'équipe. Qu'est-ce en alité que le travail d'équipe ? Est-ce un objectif alisable?

Puisque c'est durant l'enfance que s'élaborent s différentes fonctions neuro-psychiques, et que nt acquis les apprentissages élémentaires, nous comenons que les perturbations psychiques de cette pério- pourront atteindre ces différents domaines spécifies à l'enfant que sont la psycho-motricité, le langa- , et les apprentissages scolaires. Ceci laisse entreir le grand nombre de techniciens nécessaires pour pondre aux besoins de santé mentale de l'enfant. tuellement la plus grande partie des centres foncnnent avec ces différents techniciens entre lesquels passent aucune communication; Chacun se préoccupant appliquer sa technique au mieux des intérêts de enfant.

Or, l'élaboration d'une thérapeutique cohérente ur l'enfant demande la mise en commun du travail de acun, l'échange des connaissances et la confrontaon des différents points et vue. Ceci ne peut se aliser que dans une structure où chacun participe la responsabilité commune. Cette formule de travail pose une perpétuelle remise en question et une acptation du contrôle des attitudes de chacun par l'enmble de l'équipe.

Nous pourrions nous étendre sur ce que nous entens par travail d'équipe, mais l'élaboration d'une éorie n'est pas notre propos. Revenons à la réalité

concrète, la plupart des centres de santé mentale font un travail morcelé; les réunions de synthèse soit n'existent pas, soit sont de rapides exposés des situations, tant et si bien que là où elles existent ce ne sont que les cas les plus "embarrassants" qui sont pris en charge collectivement. Le temps manque effectivement et le problème des vacations est constamment soulevé. Dans certains centres, aucune réunion de synthèse n'est incluse dans la vacation, ce qui pose tout de même un sérieux problème, la présence ne tenant qu'à un engagement personnel si tant est qu'il soit possible.

C'est à la suite de discussions sur les thèmes de " comment chacun perçoit son rôle ? comment il le vit, comment il s'intègre, ou pense pouvoir s'intégrer, etc..." que nous avons essayé de cerner la problématique de chacun des techniciens qui travaillent au centre de santé mentale. Pour la commodité de l'exposé, nous avons choisi de parler successivement de chacun d'eux. C'est là une analyse partielle, ne faisant que traduire le stade de réflexion où se sont situées les discutions et n'a nullement la prétention de faire le tour du problème de chacun. Il est quand même utile de rappeler que le mot " équipe " est entendu, non pas au sens où nous souhaiterions le voir employer, mais pour désigner la juxtaposition des différents techniciens s'occupant d'un enfant.

a) l'éducateur -

Il nous est assez difficile de parler de l'éducateur dans le cadre de l'équipe du Centre de Santé Mentale puisqu'en fait il n'existe pas dans le département où nous travaillons. Les problèmes auxquels ils sont confrontés dans le cadre de leur institution, induit un malaise profond, car ils ne semblent pas solubles dans le cadre propre de l'institution. Ils sont en fait intimement liés à la situation socio-économique et culturelle.

S'il n'existe plus de publications prétendant que le seul traitement possible de la débilité mentale est la ségrégation dans les colonies (1) ou la stérilisation (2), il n'en est pas moins vrai que le mode d'assistance qui est le plus souvent offert aux enfants dit "inadaptés" est la formule des internats médico-pédagogiques. Ces établissements sont le plus souvent créés avec des fonds privés et parfois étroitement dépendants du principe de profit. Toujours est-il que les moyens thérapeutiques mis à leur disposition doivent s'inclure dans ce principe; nous citerons le fait qu'il est impossible d'obtenir un médecin, un psychologue ou différents spécialistes des rééducations à temps plein dans un établissement. Seuls les éducateurs sont là tout le temps et c'est obligatoirement à travers eux que les autres membres de l'équipe entrent en contact avec l'enfant.dont le comportement en profondément différent selon qu'il est placé dans le contexte de la consultation ou de la passation des tests.

C'est parce que son apport est indispensable à la connaissance de l'enfant que l'éducateur se situe tant que membre à part entière de l'équipe. Mais en réalité il ne s'agit souvent que d'une surcompensation, l'éducateur se sentant très "seul", et son travail, qu'il vante partout, lui paraît en réalité souvent décevant. Dans un premier stade de réflexion dépassé l'engouement de "l'action charitable d'aide à l'enfant malheureux", il se perçoit infériorisé et certains vont jusqu'à avoir honte de toucher un salaire. La surcompensation qu'il trouve en disant qu'il est le seul à s'occuper de l'enfant et que c'est de lui que dépendent les progrès, devrait passer sur l'analyse que c'est là une des conséquences de la politique de

ségrégation qui régne pour l'enfant "inadapté". De ces enfants exclus, ils ne peuvent être que les "gardiens", et toutes les revendications qu'ils vont formuler ne font que masquer une triste réalité : leur réelle impuissance face à des problèmes qui les dépassent. Comment parler d'équipe à approche pluridimensionnelle lorsque tacitement ces enfants sont déjà des exclus. Ils ne peuvent intéresser à la limite que ceux qui sont en permanence avec eux et dont ils sont le plus souvent la raison existentielle.

Le niveau de prise de conscience est fort différent suivant les éducateurs et il serait tout à fait illusoire et dangereux de généraliser l'une ou l'autre des positions. Nous ne pourrons que mentionner les différents points de vue.

- certains pensent qu'il suffit pour réintégrer l'enfant dans son contexte social de reconstruire des automatismes d'adaptation. Pour atteindre leur but, est l'ajustement à une réalité sociale, ils utilisent des techniques éducatives qu'ils perfectionnent dans cette optique. Ils se situent en tant qu'exemple faisant référence à des valeurs reconnues et des normes admises. Nous pourrions, devant le rétrecissement croissant de ces normes, nous poser la question de savoir s'ils pourront atteindre, même avec l'aide des techniques, le but qu'ils se sont fixé. Il serait intéressant de savoir, si croyant être au service de l'enfant, ils ne sont pas en réalité asservis à celui de la société.

- d'autres donnent la préférence au développement de la personnalité de l'enfant. Ils distinguent les perturbations réelles de leurs manifestations extérieures et essayent de conduire l'enfant à construire un nouveau système de communication. Dans chaque famille il existe une régle, dès que l'un des participants transgresse la régle, le système est obligatoirement remis en question. C'est dire qu'en permettant à l'enfant de s'affirmer en tant qu'individu autonome, nous changeons le système de rapport préalablement établis. Un autre mode de fonctionnement, d'autres régles qui ne seront pas forcément plus fonctionnelles que les précédentes, vont alors s'établir.

Si les moyens paraissent fondamentalement différents le but est le même : réinsérer l'enfant dans son milieu social. Si les résultats sont statiquement décevants c'est peut-être le but qu'il faudrait discuter. Nous nous trouvons alors face à une autre position.

- Des éducateurs pensent que pour avoir une action éducative réelle il faut amener l'enfant à établir un nouveau mode de relation avec le monde, lui donner les moyens de trouver une autre solution que celle qu'il s'est lui-même trouvé. En fait la solution qu'il a trouvée face à ses difficultés existentielles n'est pas valable, car elle est une façon de s'exclure d'un monde qui lui paraît hostile. L'agressivité, l'autodépréciation ou l'autodestruction sont toujours des solutions individuelles donc inadaptées. L'éducateur constatant que toutes les demandes éducatives, thérapeutiques et rééducatives sont vouées à l'échec est amené à se poser la question de savoir si c'est le problème de l'enfant qui se pose et si, de part ses techniques, il s'attaque non pas à la cause mais à l'effet, vouant ainsi toutes ses tentatives à l'échec. Il est pris dans un système de contradictions qui ne lui laisse guère d'issue. Si son objectif réel est l'enfant, il doit partir de la société. Il n'est pas de notre propos de savoir si toute action "éducative" doit commencer par la révolution culturelle et sociale.

- nous ne saurions oublier la position de certains éducateurs qui, fuyant tous les problèmes, situent l'action éducative au niveau de "l'application de techniques éducatives", sans se poser la question de la finalité de l'éducation. Cette position exclut toute remise en cause de sa fonction. L'éducateur se situe en tant qu'outil intermédiaire objet de la demande du médecin.

Ces divergences de position sur la conception du rôle d'éducateur permettent de concevoir que selon la place que l'on accorde à la réalité sociale et l'exploitation que l'on compte en faire, le caractère d'un service pour jeunes inadaptés se modifie.

La façon dont l'éducateur se situe par rapport à l'institution et au système clos qu'elle constitue, est fonction de sa conception du rôle et de l'importance qui lui est attribué. Il ne s'agit pas pour l'éducateur d'adopter une attitude d'acceptation d'engagement et d'authenticité, car le plus souvent il s'agit là de fausses attitudes, plus nuisibles qu'utiles parce qu'en contradiction avec les sentiments internes.; contradiction qui ne laisse guère de possibilité entre la rationalisation et la fuite.

Bien au contraire il s'agit maintenant de pouvoir intégrer en s'intégrant, de se réaliser d'abord comme une personne puis comme un professionnel, pour que la qualité du travail évolue dans le même sens. Mais pour qu'une telle évolution puisse être, c'est l'institution toute entière qui doit être définie en termes de structure.

(1) GODDRAD en I9I2
(2) En I926, 23 Etats des U.S.A. avaient voté une loi prévoyant la stérilisation des criminels avérés, des idiots, des imbéciles et de ceux qui commettaient des viols.

b) le psychologue -

Le psychologue examine avec des méthodes qui lui sont propres les enfants amenés à la consultation. En général ses méthodes sont à caractère psychométrique, qu'il s'agisse de test d'intelligence ou d'aptitude, ou de tests projectifs. Mais de quel type que soient les tests ce sont des méthodes objectivantes qui lui amènent peu de satisfaction personnelle. En fait il est le seul dans l'équipe qui n'ait pas une emprise sur la réalité pathologique, ni une visée modificatrice qui valoriserait sa position et son activité. Il vit son rôle statique et apragmatique, cherchant une réalisation thérapeutique qui lui permettrait l'accession à une fonction dynamique.

Il est évident qu'au sein de l'équipe de pédopsychiatrie, il existe un malaise du psychologue que certains rattachent au problème de la formation : formation théorique, peu approfondie, donnée à

l'Université et très loin de la pratique. C'est en fait sur le terrain, après la fin de ses études que le psychologue se forme et qu'il apprend ce qui lui est nécessaire pour devenir un membre utile de l'équipe.

Nous ne pensons pas d'ailleurs qu'une formation de psychologue clinicien puisse, dans l'état actuel des choses, être donnée à l'Université. En effet l'Université ne fait que délivrer des diplômes à des gens qui montrent qu'ils ont un certain niveau intellectuel et qu'ils ont acquis un certain nombre de connaissances. Or dans les problèmes de compréhension de l'autre, dans l'instauration d'une relation il existe un engagement personnel que des examens universitaires seraient en peine de sanctionner.

Au sein de l'équipe le psychologue, simple spécialiste des tests et de la mesure, se perçoit comme détenteur d'une technique sans perspectives, et confronté à des spécialistes capables d'interpréter des conduites diverses à la lumière de théories; il se sent mal à l'aise et cherche son identité. C'est alors que n'arrivant pas à se situer, il va essayer de se substituer au psychiatre ou au psychothérapeute, ne faisant qu'augmenter le malaise dans une équipe qui avait résolu le problème de sa fonction en le reléguant au rôle de "machine à tester".

Pourtant par ses connaissances, le psychologue sait qu'il existe un grand nombre de théories, qui pourraient apporter un éclairage nouveau à la compréhension d'un cas clinique. Nous citerons, outre la théorie de l'information, les théories de l'apprentissage, la théorie des jeux, etc.... Ainsi cette connaissance des théories modernes de psychologie clinique doit permettre, non seulement de mieux comprendre l'enfant, mais aussi de pouvoir communiquer aux autres membres de l'équipe sa perception et sa théorisation. Il est évident que la compréhension psychanalytique a une telle prégnance qu'elle nuit souvent à l'écho de la communication du psychologue.

Nous noterons au passage que certains psychologues sont aussi des analystes et c'est là que la confusion est la plus grande. Ceux-ci prétendent avoir une place de thérapeute; ceci ne semble pas de l'avis d'une grande majorité de médecins qui pensent que le fait de soigner c'est à dire la thérapeutique est la propriété de la médecine donc la psychothérapie celle des psychiatres. Le fantasme de dévoration plâne et nous ne pensons pas que ce conflit soit près d'être résolu.

Certains ont pensé qu'il était grand temps de trouver une fonction qui permette au psychologue d'avoir accès à une fonction dynamique. Des rééducations psycho-pédagogiques ont été instituées, ce ne sont ni des rééducations, ni de la pédagogie. Cette pratique contient des éléments de l'un et de l'autre mais les conditions d'application lui sont propres. Nous nous posons la question de savoir si ce n'est pas une élégante façon de calmer les psychologues sans statut. Ils ne savent plus où ils en sont et s'ils n'acceptent pas le rôle de "machine à tester" ils se mettent à perturber la soi-disant bonne marche de l'équipe. Est-ce une issue ou une impasse. L'avenir nous le dira.

Certains pensent que le psychologue doit effectuer un travail de recherche en psychologie clinique, approfondir le côté méthodologique, savoir par quelle méthode il convient de traiter les données recueillies, continuer la recherche psychométrique en remettant en question les théories parcellaires et désuetes qui sous-tendent un bon nombre de tests. Mais cette fonction de chercheur l'éloigne considérablement de l'équipe et de l'enfant, et l'on peut se demander si elle lui permet d'être intégré. Ne risque-t-il pas d'être obligé de prendre un téléobjectif pour voir ce qu'il se passe au Centre, et est-ce là ce qu'il désire?

Un autre point de vue permet au psychologue de s'intégrer et d'être membre indispensable de l'équipe; c'est celui qui envisage sa fonction comme celle d'un spécialiste de la psychopathologie sociale. C'est lui qui introduit la dimension, non pas familiale, mais socio-culturelle dans l'équipe. En effet la connaissance de l'infrastructure du milieu de l'enfant conduit parfois à réenvisager totalement un cas.

c) l'assistante sociale -

La conception du rôle de l'assistante sociale et la façon dont il est vécu est très différente suivant la structure des équipes et la formation qu'elle a pu acquérir.

Lorsque l'assistante sociale constitue le seul élément permanent dans le centre, ses rôles sont multiples et pas toujours spécifiques. Il faut aussi tenir compte de la structure du centre dans lequel elle travaille, et des psychiatres avec qui elle entre en contact.

S'il n'existe aucune réunion de synthèse afin d'échanger les divers points de vue sur un enfant, c'est elle, qui, parce qu'elle est toujours là, va faire le lien entre tous les membres de l'équipe. Elle est constamment contactée pour des raisons très diverses et chargée par les une et les autres de véhiculer l'information. C'est finalement sur elle que se décharge l'angoisse du morcellement de l'équipe.

Cette fonction va être perçue suivant la personnalité de l'assistante sociale. Le fait qu'elle soit celle qui sait le plus de choses, celle que l'on sollicite tout le temps, peut lui laisser croire qu'elle est indispensable et lui apparaître comme une situation privilégiée où elle est valorisée par chacun. Pour d'autres, cette même situation, lui fait penser qu'elle n'a pas de rôle spécicifique reconnu en tant que tel par les autres membres de l'équipe, qui l'utilisent finalement comme un "factotum" ce qui entraîne souvent un sentiment de dévalorisation.

S'il existe des réunions de synthèse, elle se considère davantage comme une technicienne de l'équipe au même titre que les autres membres.

Suivant l'organisation du centre et sa propre compétence, elle assure plus ou moins de travail administratif. Elle peut s'occuper de l'organisation des consultations, de l'ouverture des dossiers, de l'organisation des prises en charge et lorsque les traitements et les rééducations sont terminés, de la clôture des dossiers. Dans un certain nombre de Centres de Santé Mentale, il existe une hôtesse ou une secrétaire spécialement chargée de ce travail.

Le plus souvent, c'est par son intermédiaire que le psychiatre et l'équipe auront une connaissance suivie des problèmes familiaux et extérieurs à l'enfant. Elle va avoir un premier entretien et éventuellement plusieurs afin d'établir un bilan de la situation familiale, essayant de chercher les causes qui ont compromis l'équilibre de l'enfant.

C'est elle qui assure les liaisons avec les ervices extérieurs : services sociaux spécialisés, ommissariat, écoles, clubs, etc.. et constitue les ossiers de prise en charge par des institutions in- épendantes du Centre de Santé Mentale.

Son rôle spécifique est défini par le fait qu'elle pporte à l'équipe la dimension sociale ou sociologi- ue au cours de l'étude des cas. Lors de la prise des écisions, elle veille à ce que les mesures préconi- ées soient réalistes et conforme au contexte environ- ant de l'enfant. Sa tache est orientée vers la famille t le milieu social de l'enfant. Elle utilise à l'égard es parents des méthodes particulières d'aide psycho- ociale appelée "case work". Mais il est souhaitable u'elle n'attribue pas à cette forme de travail une urvalorisation qui l'amènerait à introduire dans ses ctivités un partage de valeur entre les activités obles et les activités inintéressantes dévalorisées. eci risquerait de l'éloigner de la réalité en survalo- isant tel aspect de son travail, pour entraîner une évalorisation de tel autre et par là aboutirait à 'inéfficacité par manque d'emprise sur le réel.

Or, nous savons tous qu'aucune thérapeutique ne eut être entreprise et menée à bien si l'entourage 'est pas concentant ou coopérant. Son rôle est alors éfini par le soutien des parents tant qu'elle est apable de l'assumer. Si la tâche devient pour elle op difficile malgré le soutien de l'équipe, il y aura ieu d'envisager une autre forme d'action. Dans la majo- ité des cas et dans les centres actuellement en fonc- ion, la prise en charge des parents ne peut être ssurée par personne d'autre qu'elle. Son rôle consis- à permettre le maintien de l'enfant dans son milieu amilial ou à préparer son retour si celui-ci est en ternat. C'est au maintien de l'équilibre économique la famille qu'elle doit viser, équilibre obligatoi- ment compromis par le fait que l'un de ces membres t en traitement.

Mais il est souvent difficile pour elle d'assumer ule ce maintien de l'équilibre familial. Elle se se toujours la question de savoir si ce qu'elle fait t valable. Mise en présence de la réalité psychia- ique dans le monde social, et de toute une série de chniques destinées à amander cette réalité - dans le ntexte du centre - elle est finalement la seule à

être confrontée à ce qui est le lieu même de la pathologie. C'est elle qui est là où sont les tensions et elle n'est pas formée pour intervenir valablement. Elle fait "de son mieux" mais il semble normal que son vécu devienne agressif par rapport à ceux qui savent et ne sont jamais là où il faut, et dévalorisant par rapport à elle-même qui se perçoit incapable. Ce problème semble en partie résolu dans les centres où il existe d'autres possibilités de prise en charge des parents : dynamique de groupe, service spécialisé de thérapie familiale ou service d'hospitalisation à domicile.

Mais il est impossible de parler du vécu de l'assistante sociale en voulant scotomiser le fait qu'elle occupe une place sociale modeste et n'a pratiquement aucun espoir de faire partie "des cadres", que son salaire est faible et qu'enfin elle ne possède aucun diplôme universitaire (le baccalaureat n'est pas encore exigé pour l'entrée à l'école de Service Social). Elle est constamment confrontée à des professionnels et ne se sent pas reconnue en tant que compétence réelle parce que son savoir et ses connaissances ne sont pas sanctionnés par des titres : titres qui sont volontiers survalorisés par ceux qui les détiennent et lui paraissent d'autant plus souh itables qu'elle ne les les posséde pas. Sa spécialisation va se faire au sein d'un service organisé de pédo-psychiatrie, ni plus ni moins que certains autres membres de l'équipe.

Toutes souhaitent voir s'établir une possibilité de formation permanente, qui lui permette, à l'aide de cession de recyclage, de pouvoir suivre et mieux comprendre l'évolution des structures, des besoins et des situations.

Les élèves de 2ème année du Service Social de Versailles (1) "ont conscience que cette forme d'aide serait inefficace si elle ne se situait pas dans une action plus globale sur la société. Ils demandent pour celà, à participer à la réforme ou à la refonte des structures économiques et sociales. Connaissant mieux que personne les situations tragiques de certaines familles ou personnes et les causes réelles de ces situations, ils s'estiment bien placés pour être, avec les usagers et leurs représentants qualifiés, les artisans d'une meilleure politique

(1) Actualités Sociales Hebdomadaires n°730 P.20 le 8/5/70

sociale dans la transformation que tous souhaitent, de la société. Il reste beaucoup à faire et ils sont prêts à prendre leur part de l'oeuvre commune".

Il n'est pas de notre propos de savoir s'il convient de généraliser cette position mais nous pensons intéressant de le mentionner.

d) le pédo-psychiatre

Il est évident que c'est le mode sur lequel le pédo-psychiatre appréhende la maladie mentale et la façon dont il se situe face à elle qui est déterminante dans la manière d'envisager son rôle et d'organiser son travail. D'autre part, dans la structure actuelle, il reste le "maître", responsable de la cure de l'enfant et de la façon de fonctionner de l'équipe avec qui il travaille. Il ne peut exister de prise en charge collective que s'il en accepte le principe et met tout en oeuvre pour la réaliser. Bien qu'il soit indiscutable que placé dans les mêmes situations matérielles chaque pédo-psychiatre aura une façon particulière d'y faire face, nous aborderons tout de même la question en partant du fait commun que leur travail est assuré sous forme de vacations.

Nous allons examiner en premier lieu le cas du psychiatre qui vient au Centre pour faire un travail précis : les consultations, et qui a par ailleurs sa clientèle privée.

Il ne peut donc envisager sa fonction que dans un temps limité à celui de la vacation. Or, de par le fait que la majeure partie des Centres de Santé Mentale fonctionnent, non au prix de journée, mais à "l'acte", il est impératif que le nombre d'actes effectués durant la vacation couvre financièrement les frais que celle-ci implique au Centre. Dans certains centres où le prix de prise en charge est très élevé, le problème se pose différemment puisque le psychiatre n'est pas tenu d'assurer toute sa vacation en consultation et peut disposer d'un certain temps pour organiser sa façon de travailler. Nous pensons tout de même que, quelles que soient les conditions de travail, certains psychiatres ne peuvent concevoir leur rôle qu'en tant qu'individu isolé utilisant tous les autres membres de l'équipe comme des outils" de travail, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent établir avec l'enfant ou avec l'équipe que des relations objectivantes.

Mais revenons au cas des Centres de Santé Mentale où les réunions de synthèses ne sont pas incluses dans le temps de vacation. Le psychiatre vient pour un temps limité et est obligé d'assurer un nombre "X" de consultations. Il est affecté à ce poste en tant que "pouvoir de décision" et le travail lui est préparé dans ce sens. Il doit résoudre un certain nombre de problème concernant l'enfant et ne possède que peu d'éléments pour le faire puisqu'il est vacataire. Il va décider, orienter et en réalité perdre de vue l'enfant.

En résumé, le pédo-psychiatre vacataire n'est jamais là quand il faut. Il ne possède pas toutes les données lui permettant de décider en connaissance du cas, et il n'a avec les autres membres de l'équipe que des rapports quasi-inexistants. Ceci implique que son travail lui soit "facilité". En réalité il agit le plus souvent en tenant uniquement compte de la façon dont les choses sont présentées. Il prend les décisions informé partiellement et peut passer à côté de l'essentiel. Il joue le rôle du père sans avoir la compétence.

Pour les autres membres de l'équipe c'est celui qu'on manipule consciemment ou inconsciemment, celui à qui l'on présente d'une certaine façon le problème, la solution étant incluse dans la présentation. C'est celui qui n'a pas le temps mais qui doit tout résoudre, alors on lui facilité les choses. En fait on lui"cache" une partie de ce qu'il serait important qu'il connaisse. Ceci ne peut se passer bien qu'en apparence. Il existe toujours une ambivalence vis à vis de celui que l'on manipule, complaisance et agressivité se mêlent. C'est donc aussi celui à qui l'on fera endosser une certaine responsabilité. C'est dire qu'on le respecte, qu'on lui obéit mais que l'on triche avec lui. Le problème est sensiblement différent si ce vacataire est un médecin homme ou un médecin femme; si c'est un homme, il est revêtu de la toute puissance, c'est comme nous l'avons dit, l'image du père qui doit résoudre et prendre toutes les décisions; si c'est une femme les images paternelles, maternelles et fraternelles se mêlent. L'équipe étant constituée en majeure partie de femmes, il est fréquent que l'équipe entretienne avec elle des relations de type protecteur, jouant un peu la "soeur aînée". De toute manière, qu'il soit homme ou femme,

le psychiatre assurant des vacations dans ces conditions ne peut être intégré à l'équipe. Il va donc "utiliser" l'équipe comme des compétences séparées et non comme un tout. Il se maintient en situation duelle et souvent privilégiée avec toutes les personnes avec qui il entre en relation.

Cette relation duelle où le psychiatre est si à l'aise est pourtant rarement efficace, tant que le plan du travail, que sur celui de la thérapeutique. Nous abordons là le problème du choix réel. S'il choisit d'être efficace, il doit admettre la relation triadiaque (enfant, - "symptôme") - (milieu, "famille" ou "société") - (et lui-même) : relation à laquelle il n'est pas préparé.

Ni le psychiatre "du cadre", maitre après Dieu dans ce monde fermé qu'est l'hôpital où il n'a de compte à rendre à personne, ni le psychanaliste dont le contact avec le patient se déroule dans une parenthèse que constitue la séance de psychanalyse, ni enfin le psychiatre privé, consultant à l'abri de ses son bureau, avec tout l'arsenal de la chimiothérapie pour le justifier et le défendre, ne sont prêts à faire ce choix qui les conduit à abandonner ces situations protégées à l'intérieur desquelles ils avaient trouvé la sécurité.

C'est parce qu'il ne peut s'adapter à une tâche différente, que le psychiatre accepte ce rôle, qui reste pour lui la continuité de ce qu'il a toujours vécu : la situation protégée.

S'il admet pour principe que son rôle consiste a être présent là où existent les tensions afin d'intervenir efficacement, il renonce à sa situation protégée et accepte la relation triadique. Mais il ne s'agit pas de trouver un compromis entre l'enfant et son milieu, mais d'introduire un double dialogue qui doit être thérapeutique pour les deux.

Le pédo-psychiatre "deus ex-machina" semble être une solution inadéquate et dangereuse à laquelle il conviendrait de substituer un rôle médiateur par la

pratique de visite à domicile ou d'hospitalisation à domicile. (Nous reviendrons sur ces techniques). L'intervention se ferait au lieu d'apparition des tensions les plus violentes, et les décisions qui seraient prises tiendraient compte d'une réalité, celle du vécu au niveau familial.

En quelque sorte que se passe-t-il? Le psychiatre vacataire peut venir juste le temps de sa vacation et n'entretenir avec les autres membres de l'équipe que des relations duelles ou épistolaires. Il peut aussi, si la structure du centre le permet et si celà correspond à ses conceptions de travail, faire des réunions de synthèse et assurer une prise en charge cohérente, collective.

Le psychiatre vu sous cette optique ne risque-t-il pas de jouer bien plus le rôle"d'ordinateur" que de thérapeute?, et n'est-ce pas parce qu'il ne peut assumer l'angoisse d'être brusquement projeté dans une situation sans protection qu'il l'accepte sans le remettre en question.

Dans le treizième arrondissement de Paris, l'administration a pensé résoudre le problème en imposant, à tous les vacataires un minimum de 20 heures de vacations; mais est-ce le temps passé par le "vacataire" à l'intérieur du centre de santé mentale qui est la base du problème? N'est-ce pas le principe même de la vacation qu'il faut aborder et celui de la résistance réelle, de certains psychiatres, à s'ouvrir vers un monde social ?

5 - SON ARTICULATION AVEC LES DIFFERENTES INSTITUTIONS DE PRISE EN CHARGE.

La réalité de la continuité de la prise en charge par une même équipe médico-psycho-sociale ne peut se concevoir que s'il existe une coordination effective et une mise en commun des expériences de chacun. Nous allons étudier successivement l'articulation du Centre de Santé Mentale avec les autres institutions de prise en charge de l'enfant : l'hôpital de jour, le centre d'observation, le service de placement familial, le service d'hospitalisation à domicile et enfin "l'hôpital psychiatrique" pour enfants.

a) le centre d'observation -

Le Centre d'Observation est l'organisation qui permet une orientation thérapeutique plus adéquate, lorsque les problèmes que pose l'enfant son complexes et n'apparaissent pas assez nettement au cours des premières consultations.

Ce Centre d'Observation ne peut être conçu que sous la forme d'un groupe social restreint au niveau duquel l'éducateur ne doit nourrir aucun soucis d'éducation et être simplement témoin. La structure interne et les méthodes employées dans les Centres d'Observations dépassent le cadre de notre sujet.

Selon les lieux et les structures déjà existantes il peut être conçu entièrement indépendant et annexé au Centre de Santé Mentale, ou prévu dans les structures hospitalières réunissant plusieurs services. De même, selon sa situation géographique et les possibilités, il peut être conçu comme un ~~[illegible]~~ internat ou un internat. Reste ensuite à en voir les indications.

C'est léquipe de base du Centre de Santé Mentale qui envoie les enfants au Centre d'observation et donc qui reste responsable de son séjour. Le personnel médico-psychologique attaché au Centre d'observation qui assure la cohésion de l'observation doit travailler en étroite collaboration avec l'équipe de base du Centre, qui reste responsable de l'orientation de la cure.

b) l'hôpital de jour -

Le Centre de Santé Mentale est en étroite liaison avec l'hôpital de jour; en effet c'est très souvent après une prise en charge par l'équipe de secteur que celui-ci est appelé à placer l'enfant à l'hôpital de jour. Or, si nous admettons que le séjour doit y être le plus court possible et que la post-cure doit se poursuivre durant plusieurs années. Il apparaît de première nécessité que la continuité de soins soit assurée malgré les difficultés que celà peut parfois présenter.

Comment est envisagé l'articulation de l'équipe de secteur et de l'hôpital de jour, et quels problèmes celà pose-t-il? Le fait qu'il n'y ait pas d'assistante soci le attachée à l'hôpital de jour implique que celle du Centre de Santé Mentale continue de prendre en charge les familles. En fait c'est elle qui a établi les premiers contacts avec les parents, c'est le plus souvent avec elle que ceux-ci ont établi une relation priviligiée et elle est de plus au courant des facteurs économiques auxquels la famille doit faire face. Elle est la plus engagée dans le travail; c'est donc elle qui va continuer pendant l'hospitalisation dans le cadre de ses capacités propres et de celles de la famille. C'est dire que la prise en charge de l'entourage ne va pas varier dans sa forme, mais plutôt dans son intensité. Les entretiens seront plus fréquents et plus soutenus pendant l'hospitalisation, d'autre part les parents vont être appelés à participer à des réunions dans le cadre de l'hôpital de jour, à des rythmes variables, avec le médecin-chef de l'hôpital, puis avec l'équipe pédagogique.

Nous savons qu'il existe actuellement un critère d'admission à l'hôpital de jour qui est cette capacité des parents à se laisser mobiliser. Or, si nous reprenons l'exemple du centre psychothérapique de Vitry, nous savons que statistiquement 16 % des familles ont échappé à toute forme d'action (1) doit-on pour celà conclure que l'enfant n'a pas bénéficié de son séjour:

(1) "les hôpitaux de jour, externats psychothérapeutiques pour enfants"
Edition Privat.

peut-on prévoir à l'avance les possibilités d'évolution d'un groupe familial, et s'il existe des enfants symptômes des problèmes des parents, il existe aussi des familles symptômes des difficultés de l'enfant? Si le plus souvent le thérapeute bute contre des difficultés qui ne peuvent être imputées ni à l'enfant, ni à une imperfection de l'instrument thérapeutique et dont il faut chercher les causes dans l'entourage de l'enfant, ceci n'implique pas une généralisation telle, que la possibilité d'action sur la famille devient un critère d'admission à l'hôpital de jour.

C'est à propos de cette prise en charge de la famille par l'équipe du secteur, que risque de naitre les premières difficultés avec l'hôpital de jour. En effet, les membres de l'hôpital de jour qui travaillent toute la journée avec l'enfant trouvent que la famille n'évolue pas assez vite ou du moins pas dans le sens qu'ils souhaiteraient, et que par ce fait elle contrecarre leur action sur l'enfant. Cette agressivité par rapport aux parents semble être une conséquence de leur identification à l'enfant, qui fait que les aléas de la cure sont le plus souvent mal supportés et que les parents sont rendus responsables des échecs. L'envie de s'occuper des parents grandit chez ceux qui ont la charge de l'enfant. Des positions revendicantes commencent à se faire jour à l'égard de l'équipe de secteur qui a gardé la famille en charge. D'autre part, l'hôpital de jour est ressenti par les familles comme un organisme plus puissant que l'équipe de secteur, puisque celle-ci s'est déchargé s'est déchargé sur lui de l'enfant qu'elle avait en charge, entrainant une frustration narcissique de celle-ci. Loin de faciliter les relations, les parents et les enfants vont avoir tendance à essayer de créer des tensions et de les dresser l'un contre l'autre.

C'est pour preserver les conditions de travail entre l'équipe de secteur et l'hôpital de jour qu'il faut sans cesse analyser la situation et les sentiments réciproques.

C'est l'équipe de secteur qui va à l'intérieur de l'hôpital de jour discuter des grandes lignes du traitement, prendre les décisions concernant l'adjonction des thérapeutiques et décider de la sortie. La réflexion en commun sur les problèmes en général et sur chaque cas en particulier aura l'avantage de tendre vers une meilleure connaissance mutuelle, et vers la réduction des frustrations narcissiques réciproques.

On est amené à se poser la question du pourquoi de l'admission à l'hôpital de jour et de la "défaite" de la prise en charge ambulatoire. D'ailleurs peut-on parler réellement de défaite lorsque l'organisme et la formule de prise en charge ne sont pas seules en cause ? Comme nous l'avons vu précédemment, nous sommes constamment confrontés au contexte social, économique ou éducatif. Si le rejet de la part de l'école est définitif, l'équipe ne peuts'en tenir responsable; il existe des critères rigides d'âge et d'acquisition qui ne permettent plus le maintient de n'importe quel enfant dans le cadre de la scolarité normale. L'on ne voit guère plus ces enfants de 14 ans fréquentant le cours préparatoire de l'école de village, faisant fonction d'on ne sait plus trop quoi, mais admis par tous avec son niveau intellectuel. Quel que soit sa forme de pathologie, l'enfant est appelé à subir une certaine forme d'éducation aux critères bien définis. Donc si rejet scolaire il y a, le placement en hôpital de jour ou en externat médico-pédagogique reste la seule possibilité.

On peut aussi considérer que la demande de soins venant toujours de l'entourage, il est souvent exigé de la part de celui-ci une efficacité du traitement rapide et intense, et dès lors la prise en charge ambulatoire ne suffit pas, d'autant plus que la disponibilité des parents est toujours contingentée par leur activité.

Nous avons envisagé là quelques problèmes de fonctionnement pouvant intervenir entre l'équipe de secteur et les membres de l'hôpital de jour, sans définir ce que l'on entendait par hôpital de jour. Mais n'est-il pas dangereux de vouloir le définir, et n'est-ce pas fermer la porte à toute possibilité de modification des structures que d'enfermer dans le cadre d'une définition. Le risque est grand de devenir prisonnier de l'image qui le définit. Cahn parle de l'hôpital de jour en des termes (1) "structure permettant la mise en oeuvre concomitante de la relation éducative, d'une action concertée sur le milieu familial, éventuellement d'une psychothérapie spécifique ou d'une rééducation

(1) Sauvegarde de l'enfant I968.

spécialisée, par l'intermédiaire du travail d'équipe ..." C'est là une description non une définition, et nous pensons que les choses étant aussi peu précises l'insécurité est grande et difficile à supporter. C'est là un des intérêts de l'hôpital de jour; pourra-t-il persister encore longtemps ? De toute façon notre propos n'est pas de parler de la structure interne des hôpitaux de jour mais uniquement de ses rapports avec le Centre de Santé Mentale.

c) Le service de placement familial -

La prise en charge ambulatoire au Centre avec le maintient dans le milieu d'origine, la possibilité de mobiliser les familles, d'avoir avec elles un contact permettant de leur aider à mieux comprendre ce qu'il se passe, phénomène de rejet, identification à l'enfant, problème de communication ou autre, reste l'objectif majeur de l'équipe de secteur. On a coutume de dire que mieux vaut une mauvaise famille naturelle que de quitter le milieu familial, et l'on attend alors que la situation soit à un point dégradée que les problèmes deviennent quasi insurmontables. Il faut se garder de tout dogmatisme, de toute rigidité qui fait que l'on généralise des idées, alors que chaque cas est particulier.

C'est partant du fait que le maintient dans le milieu d'origine est parfois impossible que se sont créés les services de placement familiaux dans le cadre des centres de Santé Mentale. Cette création aurait pu tout aussi bien partir de l'idée que la séparation d'avec les parents est parfois bénéfique pour l'enfant. Nous citerons ici l'expérience de TOMKIEWIEZ qui a organisé un service de placement familial pour arriérés très profonds dans la région parisienne et qui est arrivé à cette constatation (1) que les familles d'accueil étaient souvent plus aptes à faire évoluer les encéphalopathes, et que personne n'était moins apte à s'occuper d'un arriéré profond que sa famille naturelle. L'objection pourrait venir

(1) dans le "Placement familial spécialisé dans l'équipement pour l'enfant inadaptée" Journées d'étude de St Nazaire - Edition sociale Française.

du fait que la progression de l'enfant, c'est à dire qu'un grabataire se met progressivement à marcher, qu'un énurétique ne fasse plus au lit, qu'un enfant qui ne mangeait que des bouillies passe à une alimentation diversifiée n'est pas un critère que l'enfant est mieux et plus heureux; mais nous ne pouvons nous placer sur le plan de ce que ressent l'enfant car ce ne serait que pure hypothèses, aucun de nous n'ayant le vecu de l'arriéré profond. Nous sommes donc obligés d'admettre qu'une évolution est favorable lorsque l'enfant s'épanouit et se développe vers ce que nous avons coutume d'appeler l'état d'enfant normal. Ceci peut-être encore sujet de discussion et de confrontation de théorie.

Lorsque le maintient dans la famille s'avère impossible ou nuisible, pourquoi penser au placement familial plus tôt qu'à un placement institutionnel ? Il est évident que d'un côté comme de l'autre, il existe une déchéance de la famille naturelle. Elle a échoué dans sa mission, mais le placement familial réalise la prouesse de mieux le faire sentir à la famille naturelle. En effet il sauvegarde l'institution familiale, ce n'est pas la famille qui est remise en question, mais une famille en particulier. C'est peut-être partant de ce fait qu'il est beaucoup plus facile de faire accepter une admission en internat que de placer l'enfant dans une autre famille.Il est de notre constatation courante de voir des familles venir au centre nous supplier de mettre leur enfant en internat et refuser toute action de notre part si nous proposons un placement familial. Nous pourrions parler logntemps des raisons de cette hostilité à ce que l'enfant soit placé dans une autre famille, problème de concurrence, de rivalité de la possession affective, de sentiment profond d'incomplétude ou de vol d'objet pur et simple. Toujours est-il que c'est là une solution qui est difficilement acceptée.

Mais pour l'équipe du centre quels vont être les critères de ce placement familial? Pourquoi proposer celui-ci plutôt que l'internat ? C'est encore là des points de vue différents qui s'affrontent.

Si nous pensons que l'enfant a besoin dans son jeune âge d'une relation privilégiée, d'un maternage nous pencherons vers un placement familial pour tous les enfants en bas âge, dont le maintient dans la famille naturelle n'est pas possible.

De même lorsque l'espoir d'une réinsertion paraît être une utopie nous envisagerons le placement familial quel que soit l'âge ou la pathologie de l'enfant. Il est intéressant de voir le besoin que chacun a de protéger cette entité qu'est la famille, développant la thèse que la relation familiale est indispensable et normalisante pour l'enfant. Chacun s'ingénie donc à la maintenir ou à la recréer. La cellule familiale est le premier système structuré auquel l'enfant doit se conformer, Les lois établies sont strictes et il n'a pas de choix entre plusieurs modes de fonctionnement. Certains la considère comme le premier rouage du système répressif.

Ceci nous éloigne de notre sujet qui est de savoir pourquoi nous choisissons le placement familial plutôt que l'internat dans une institution à faible effectif, où des couples d'éducateurs pourraient offrir des images parentales, laissant une possibilité de choix dans les relations de l'enfant. En réalité, l'éventualité de ce choix ne se pose pas et face aux institutions à fort effectif qui nous sont proposées, véritables camps de concentration d'encéphalopathes ou de "malades", nous n'avons que l'issu de placement familial. Dans une dizaine d'années, nous serons peut-être appelés à nous poser la question de savoir si l'image d'un couple d'éducateurs est plus ou moins indiqué que l'image d'un couple réel.

L'enfant étant placé dans une situation "de famille", il va y réagir en établissant des comparaisons, en revivant des conflits, en transposant ses problèmes relationnels. Ce sont tous ces phénomènes que l'équipe du placement familial est appelé à expliciter. Par la mise en évidence de la relation qui existe entre ses réactions et son passé, l'on pourra essayer de l'aider à liquider ses propres conflits internes. C'est dire que le nombre de lits couverts par le service de placement familial ne pourra être très important.

Nous étions donc entrain d'évoquer les critères du placement et nous voudrions reprendre ce que pense TOMKIEWIEZ et FABRE déjà cités, de l'intérêt du placement familial pour les débiles profonds et les encéphalopathes, En fait il n'existe pas d'enfants trop malades pour bénéficier du placement et l'on peut s'occuper de tous, même des plus pénibles. Par la médiation du placement familial on peut arriver à rendre acceptable ces enfants qui ne sont pas tolérés pour des

raisons scandaleuses que nous ne citerons pas ici, pas ces "bonnes petites maisons" où l'on pourra lui offrir des rééducations plus savantes et plus spécialisées.

C'est, d'une part, sur des critères positifs de possibilité d'évolution favorable de l'enfant et sur des critères négatifs d'impossibilité d'admission dans des maisons d'arriérés profonds à effectif restreint, ou de la nocivité d'un placement dans les institutions a fort effectif où rien n'est fait pour eux et où ils ne peuvent que regresser, que nous envisageons pour eux un placement familial. C'est donc parfois par carence d'une infrastructure institutionnalisée que nous ne sommes pas amenés à faire un choix.

Nous sommes encore très éloignés des pays scandinaves où il est admis par tous que l'aliéné est un citoyen et que l'état a le devoir de donner à chaque individu le maximum de possiblité d'épanouissement. Lorsque la notion de devoir social envers tous les membres de la société aura surpassée la notion de rentabilité, nous serons près d'une autre réalité.

Depuis très longtemps et encore de nos jours, il semblait plus rentable pour l'état de faire de grandes institutions, que de petites institutions bien conçues à faible effectif, (même services généraux, même cuisine, personnels réduits, etc....). D'autre part dans les I.M.P. on oublie très vite que l'on fait de la psychiatrie au service de l'enfant et rapidement on établit des barrages servant à l'institution et non à l'enfant. Ici on ne prend que ceux qui sont trop caractériels, là ceux qui sont épileptiques, ailleurs ceux qui font "pipi au lit", etc... il est quasi impossible de trouver un milieu qui accepte tous les troubles de l'enfant si ce n'est les univers concentrationnaires où l'on peut tout accepter puisqu'on le parque, le cache et ne fait rien pour lui. Les arriérés profonds placés dans des familles d'accueil ont hélas en France la plus grande chance d'aboutir, à l'âge adulte, dans un hôpital psychiatrique puisque rien n'est prévu pour eux. Il n'existe actuellement que très peu d'ateliers protégés ou d'institutions les recevant et leur permettant de jouer un rôle dans la société. Il est donc impossible de discuter placement familial ou institutionnel et faute de strcture mise en place on fait, ce que l'on peut en essayant de répondre au mieux aux besoins de l'enfant.

Il existe un autre critère, que l'on discute beaucoup, c'est un placement familial pour les enfants pré-adolescents qui ont eu une expérience négative de la vie familiale. La structure de notre société étant basée sur le noyau que constitue la famille, certains pensent qu'il est nécessaire que l'enfant ait une bonne image de la famille, afin qu'il soit mieux adapté et ne recrée pas une situation qu'il a vécu en reconstituant une famille inadaptée qui se répercuterait sur l'éducation de ses propres enfants. Toutes les discussions peuvent s'engager sur ce sujet, mais ici n'est pas le lieu de les développer.

L'équipe du placement familial est formée différemment suivant les Centres (une assistante sociale, un psychiatre vacataire, une aide-familiale, des éducateurs). Nous ne voyons guère l'intérêt de codifier qui doit faire partie ou non de cette équipe. C'est une question qui se résoud localement. Ce qui est intéressant à noter, c'est que l'accord ne s'est point fait sur le fait que ce soit une seule personne de l'équipe et soutenue par elle qui s'occupe d'une famille, où que les différents travailleurs de cette équipe se succédent et prennent collectivement en charge les familles. Ce ne sont pas les expériences qui peuvent nous permettre de faire un bilan, car elles ne sont que trop peu nombreuses. Nous pensons qu'il est encore nécessaire que chacun tente sa propre expérience et plus tard nous confronterons nos expériences.

Cette équipe est chargée en outre de la prise en charge, ainsi que du recrutement des familles d'accueil, de l'organisation d'activités pour les enfants, colonies de vacances, camp de neige... afin de provoquer un déconditionnement et d'observer les réactions de l'enfant en dehors de la famille d'accueil et enfin de la liaison avec l'équipe de base du secteur. L'équipe du placement familial s'occupe environ de I5 à 20 cas. Lorsqu'elle prend en charge l'enfant, elle reste en contact étroit avec l'équipe de base qui continue parfois à avoir des contacts avec la famille naturelle.

Il est possible d'organiser des réunions entre famille naturelle et famille d'accueil, des groupes de familles naturelles, des groupes de familles d'accueil....

d) Les Internats médico-pédagogiques

Il s'avère nécessaire que des relations étroites et régulières soient établies avec les internats médico-pédagogiques de façon à ce que l'équipe de base médico-psycho-sociale du Centre qui a suivi l'enfant avant son admission puisse établir avec l'équipe de l'I.M.P., le planning individuel de l'enfant.

Par ailleurs, le problème de placement dans ces établissements ne doit plus être résolu sur un mode purement administratif qui, de par sa conception historique et sociale des soins à apporter aux enfants dits "inadaptés" a introduit des critères d'admissions du type "organisme de placement recevant des enfants de "x" à "x" ans, garçons, filles ou mixtes, ayant un QI situé entre "x" et "x" qui sont "inéducables, semi-éducables ou éducables" et donc le comportement ne permet pas le maintient dans son milieu d'origine". Il doit tenir compte des difficultés particulières posées par un enfant et des capacités qu'à un établissement pour y répondre. Ce n'est donc, qu'après une étude approfondie du dossier médico-psycho-social et d'un échange des points de vue entre l'équipe du Centre et celle de l'Etablissement où le placement est envisagé que peut se faire une admission en I.M.P.

L'orientation actuelle de la psychiatrie infantile donne une prépondérence à l'action psychothérapique; il s'agit donc d'une relation spécifique qui s'établit entre l'enfant et son psychothérapeute, entre l'équipe et le milieu de vie de l'enfant. C'est cette relation qui reste déterminante pour son évolution. Or, dans le système actuel de prise en charge où chaque institution possède son propre personnel médico-socio-psychologique, cette continuité thérapeutique ne peut être effectué et l'enfant doit aborder chaque fois un nouveau monde avec de nouvelles lois. On ne peut qu'imaginer les dégats que risquent d'entraîner une telle discontinuité relationnelle, cette absence de repère stable sur une organisation psychique déjà perturbée.

Le cloisonnement qui existe actuellement entre les différentes institutions où les enfants peuvent être admis et le Centre de Santé Mentale conduit à une thérapeutique désordonnée et cahotique.

C'est pour garantir une unité et une cohérence thérapeutique, aussi bien que le maintient de la relation malade - thérapeute, qu'il est nécessaire que la même équipe médico-psycho-sociale ait la responsabilté de l'orientation générale du traitement même lorsque l'enfant est placé dans une institution de prise en charge en internat.

D'autre part, l'équipe du Centre de Santé Mentale continue a assurer une relation avec la famille, et selon les critères qui ont amené la mise en internat de l'enfant, elle va tenter une action sur la famille. Plusieurs techniques peuvent être envisagées. Nous les avons déjà ennumérées, mais elles ont un but identique: celui de permettre à l'enfant d'y être réintégré le plus rapidement possible et dans les meilleures conditions. Nous n'envisagerons pas ici tous les critères qui ont pu conduire à la mise en internat, mais c'est après les avoir reconsidérés que nous essayerons d'intervenir.

Il est enfin à noter que grace à cette continuité relationnelle entre l'enfant et le thérapeute, l'équipe et la famille, la reprise de l'action thérapeutique lors d'un état de crise sera plus facile et mieux adaptée.

c) Le service d'hospitalisation à domicile--

Ce service est basé sur le principe qu'il est souvent nécessaire d'offrir une alternative à l'hospitalisation. Dans certaines situations on est en présence d'une pathologie d'urgence qu'elle soit du milieu ou individuelle : l'hospitalisation reste le seul moyen d'intervention. Elle sera le lieu d'intervention du service d'urgence. D'autre part, il ne faut pas en généraliser l'application car il s'agit souvent d'une solution de facilité qui risque de fixer les choses tant pour l'enfant que pour la famille.

Si nous considérons que l'état d'urgence est déterminé par une situation d'anxiété aigüe avec des risques de passage à l'acte de l'un des membres en situation, ce n'est pas toujours en enlevant celui qui est la soi-disant "cause" de cet état d'intolérance que l'on intervient valablement. En effet, si nous

considérons que l'enfant est intégré dans un système complexe de réseau de communication, il n'est alors que l'un des rouages du système dans lequel il est inclu. Si ce système relationnel est dysfonctionnel ce n'est pas en excluant l'un des membres du système que nous le rendrons plus fonctionnel. En hospitalisant d'urgence, nous permettons à la famille de se débarrasser de l'enfant, de décharger sa responsabilité sur autrui et de continuer à considérer qu'il est seul concerné et responsable des états de "crise". Les cas d'urgence en psychiatrie de l'enfant ont ceci de particulier, c'est que l'agressivité du milieu est souvent déchargée sur le patient identifié qu'est l'enfant. La demande est toujours faite par l'intermédiaire de ceux qui sont concernés, non pas pour eux en tant qu'impliqués, mais pour l'enfant en tant que responsable.

Nous pensons qu'en répondant à la demande qui est l'hospitalisation de l'enfant, nous fixons les choses au niveau de la tension maxima. L'intervention du service d'hospitalisation à domicile se fait au niveau du conflit et tente de décoder ce que signifie cet état de crise pour tous les membres concernés. Si l'hospitalisation s'avère nécessaire, elle se fera dans des conditions différentes, et le service tentera de continuer la prise en charge de la famille afin d'écourter au maximum le séjour de celui qui a été exclu.

Ce service est inclu dans le centre. Il est totalement autonome en ce qui concerne le service des urgences qu'il assure en permanence. Par contre, au niveau des visites et des prises en charge, il est en étroite liaison avec les autres équipes du centre.

C'est dans le cadre de ce service que peut être résolu le problème des consultations pour les adolescents. Ils sont assurés de trouver là quelqu'un qui peut les aider à comprendre ce qu'il se passe au moment où ils en ont besoin. Ils y sont reçus sans implication de la famille et l'aide qui leur est apportée essaye de répondre de la façon la plus adéquate à la situation présente. De même lorsque celui-ci est "amené" au centre, il est reçu par le groupe continu et la consultation se fait en présence des amis ou de la famille qui l'accompagne. La situation en est dédramatisée et la solution au problème présent est cherchée en commun. L'action de groupe ne se situe pas uniquement au niveau de la recherche d'une solution

il s'agit d'une action psychothérapique réelle au niveau d'un groupe et non d'un individu.

Les visites à domicile sont assurées dans tous les cas où une prise en charge s'avère nécessaire et où il existe une impossibilité de la famille à se déplacer. Selon les besoins, toutes les formes d'aides peuvent être envisagées : des aides-familiales, des éducateurs, des infirmières, un psychologue, un psychiatre, un kinésithérapeute, des rééducateurs, agissent au domicile de la famille individuellement ou en groupe, à un niveau individuel ou familial. Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'établir un planning d'intervention de ces différentes spécialités. Il s'agit d'une structure très souple, répondant uniquement aux besoins. Seul un travail de recherche peut se faire en établissant un compte rendu préçis des activités de ce service.

Le personnel nécessaire est recruté au fur et à mesure des besoins. Quel qu'il soit en nombre ou en spécialisation, il est prévu des heures de rencontre de toute l'équipe où sont examinés les problèmes auxquels chacun se trouve confronté et les sources d'anxiété qui se font jour au cours de la pratique de thérapie avec les familles. La dynamique de chacune de ces rencontres de groupe est à analyser et fait l'objet d'une autre étude.

En dehors des situations d'urgence, le service d'hospitalisation à domicile est sollicité par les équipes du Centre de Santé Mentale, dès qu'une prise en charge au niveau familial sur le lieu même où se situe la pathologie est nécessaire. Nous citerons quelques exemples qui ne sont certes pas limitatifs, mais donnent une idée des cas que ce service est appelé à prendre en charge, sollicité par l'équipe du Centre. Il peut s'agir de familles nombreuses, aux problèmes complexes, ne pouvant se déplacer tous et où il est nécessaire d'intervenir au niveau du groupe et non du patient identifié; parfois les parents sont trop impliqués dans la pathologie de l'enfant pour accepter une mise en cause de leur propre conflit et de leurs relations avec l'enfant, par le biais de la prise en charge à domicile, ils sont progressivement incorporés à la thérapie de l'enfant qui se transforme en dynamique de groupe familial. Nous savons que

très souvent le traitement individuel de l'enfant est en partie négativé par le fait que l'enfant, dès sa sortie du centre, se trouve replongé dans les mêmes conflits. Une autre raison d'intervention à domicile est le maintient d'un encephalopathe ou débile profond dans son milieu. Nous connaissons les problèmes relationnels qui existent dans les familles de ces enfants et sur lequel Maud Mannonni a insisté dans son livre "l'enfant arriéré et sa mère". Il y aura donc lieu d'intervenir à plusieurs niveaux psychothérapique d'une part et matériel d'autre part. On peut éviter aussi une hospitalisation de longue durée (si elle n'est pas souhaitable). Les traitements rééducatifs sont alors assurés à domicile.

Ce service est en étroite liaison avec toutes les institutions du secteur avec lequel il est appelé à collaborer, mais surtout avec le Centre de Santé Mentale dans le cadre duquel il fonctionne.

f) l'hôpital psychiatrique pour l'enfant -

Ce terme ne nous satisfait qu'en partie tant il est chargé de signification péjorative. Certains l'ont appelé hôpital à séjour complet par opposition à l'hôpital de jour, de façon à éliminer l'appelation antérieure. Mais, quelle qu'en soit l'appelation, l'hôpital est un lieu de soins actifs. Les cas ne demandant qu'une "assistance" sont dirigés vers d'autres services.

Il peut comporter plusieurs sections : le service d'observation dont nous avons déjà parlé; d'autres sections pouvant être comprises comme unités de traitement des cas aigus. Ces sections sont adaptées pour recevoir n'importe quel enfant, quelle que soit sa validité, sa pathologie ou son âge. Certains hôpitaux ont envisagé un service de soins actifs qui reçoit les cas nécessitant un traitement spécialisé au long cours. Il s'agit là d'une institution soignante constituant une expérience de psychothérapie institutionnelle de longue durée (elle s'adresse aux enfants considérés jusqu'à maintenant comme inaccessibles à la thérapeutique). Cette thérapeutique consiste à articuler, dans une structure sociale concrète, les techniques d'ambiance et les techniques psychothérapiques, en un système global de soins psychiatriques. La rencontre thérapeutique est structurée par des réseaux interpersonnels multiples d'ordre symbolique.

Actuellement les cas relevant de soins actifs et les gences sont reçus, soit dans les services spécialisés des pitaux psychiatriques, soit dans les services de neuro-ychiatrie des centres hospitaliers universitaires, soit ns des hôpitaux généraux. Quand ils existent, ces services nt rarement équipés matériellement pour remplir convena-ement leur fonction. Les locaux ne sont pas adaptés et le rsonnel n'est pas formé. (La spécialité d'infirmière de ychiatrie infantile n'existe pas - actuellement la seule écialisation est le diplôme "d'aide médico-psychologique" térieurement appelé "aide maternelle" délivré sous le sceau la Fédération des sociétés Croix-Marine. Il s'agit d'une rmation spécialisée pour les éducatrices de "débile pro-nds"). Les liens avec les familles n'existent généralement s, faisant de l'hospitalisation un épisode désinséré dans nistoire de l'enfant et correspondant uniquement à une ase aiguë de leur évolution morbide.

Outre de ne pas être adapté à leur fonction, ces ser-ces sont encombrés par des arriérés profonds, du fait de insuffisance d'établissements spécialisés pour les recevoir. s imposent ainsi aux malades aigus des séjours brefs, ce i explique que l'on trouve des cas spécifiquement psychia-iques dans des I.M.P. qui, sauf exception, ne peuvent leur frir un traitement approprié.

Il faut bien se rendre compte que dans l'état actuel la prise encharge, l'équipement spécialisé permettant de uiter les formes les plus graves et spécifiquement psy-atriques, fait défaut.

6 - LES ACTIVITES D'HYGIENE MENTALE

Nous allons reprendre ici ce qui a été fait dans le 13° arrondissement de Paris, en sachant que ce n'est point un schéma limitatif, et que l'on peut instituer toutes autres formes d'activités si elles répondent aux besoins et peuvent en quelque sorte aider à la thérapie de l'enfant, ou à la meilleure compréhension par le milieu social de ce qu'est la pathologie mentale, sa forme et ses multiples origines.

a) les services du soir -

Ils ont deux orientations principales : l'une de loisirs et de culture, l'autre d'aide scolaire. De par leur pratique l'on est conduit à introduire une dimension thérapeutique, si bien que le personnel qui en a la charge, c'est à dire les éducateurs spécialisés, ont dû renforcer leur liaison avec le Centre de Santé Mentale. Ils assistent aux consultations psychiatriques des enfants dont ils s'occupent. Deux fois par mois, sous la direction d'un psychiatre du Centre, des réunions d'informations sont prévues, avec des représentants de la municipalité, des services sociaux, de la justice et de la police. Ce service s'adresse surtout aux enfants "psychopathes" pour lesquels il n'existe aucun soutien familial après la sortie de l'école.

L'aide scolaire est assurée tous les soirs après la classe; elle est fournie à titre individuel ou en groupe à des enfants provenant de milieux culturels très défavorisés. Elle ne peut être menée à bien que lorsque des contacts peuvent être établis avec les enseignants, les assistantes sociales scolaires, les conseillers d'orientation scolaire et les parents. Ses modalités d'exercice ne sont pas encore bien élaborées, de même que ses indications. Un travail de recherche dans ce sens doit être fait.

b) le "jeudi-club" -

Le "jeudi-club" offre la possibilité de loisirs variés (ateliers éducatifs, sorties culturelles ou de plein air sports, ciné-club, camp de neige, etc..). Ils sont prévus pour des enfants inhibés ayant besoin d'un soutien scolaire et culturel. Une section spéciale pour adolescents doit se mettre en place.

c) un ciné-club pour les parents -

Il est organisé par le Centre de Santé Mentale. Les discussions sont animées par un membre spécialisé du Centre et sont orientées sur les aspects psychologiques.

d) une activité éducative -

Elle est menée auprès des parents et de toute personne ayant un rôle d'éducateur, tels les responsables d'associations de loisirs pour les jeunes, sous forme de réunions d'information sur un thème donné.

e) des dynamiques de groupe -

Des dynamiques de groupe peuvent être aussi organisées avec des parents d'enfants suivis au Centre.
Un psychologue a organisé un groupe de futures mères célibataires de la Maison Maternelle du 13° arrondissement.

Il est difficile d'apprécier exactement la portée de cette activité d'hygiène mentale. Elle s'exerce lors de chaque activité du Centre mais elle n'est pas encore bien structurée, et il reste à discuter de ses buts, des moyens techniques à employer pour les atteindre mais aussi de la raison de la nécessité du développement de ces activités "d'hygiène mentale".

C O N C L U S I O N

Dans ce travail, nous avons tout d'abord exposé un certain nombre de dossiers d'enfants venus en consultation au Dispensaire d'Hygiène mentale; lors de l'étude de ces cas cliniques, nous avons constaté que les solutions proposées pour traiter la pathologie de l'enfant sont, le plus souvent, des solutions palliatives et inadéquates. Cette constatation pose le problème de savoir pourquoi les structures en place n'ont pu répondre à la pathologie de l'enfant dans la majeure partie de ces cas.

Afin de pouvoir faire une analyse de ces structures, nous avons pensé qu'il était utile de retracer brièvement l'historique de l'assistance psychiatrique à l'enfant en montrant comment l'on avait été conduit, par une succession de solutions palliatives, au dispositif thérapeutique actuellement en place, dispositif qui est inapte à répondre aux besoins de l'enfant.

Nous avons donc été conduits à remettre en question le fonctionnement et l'organisation des structures en place et à poser le problème autrement, en envisageant si une prise en charge globale de l'enfant, par une même équipe médico sociale, ne serait pas plus apte à résoudre certains problèmes.

Donc, après avoir défini ce que nous entendions par prise en charge globale de l'enfant, et cité l'exemple de la politique de secteur qui permet de mettre en application cette formule, nous avons fait une étude approfondie du lieu de coordination de cette prise en charge, c'est à dire le centre de santé mentale.

L'analyse de son mode de fonctionnement et de l'origine des consultations nous a conduit :
- d'une part, à envisager les différentes liaisons qui doivent être établies avec les organismes de dépistage, c'est à dire des institutions et des personnes ayant une mission auprès de l'enfant afin qu'ils assurent une action prophylactique en matière d'hygiène mentale de l'enfant ;

- d'autre part, à reposer la question de l'efficacité des différents travailleurs du champ de la santé mentale, en posant le problème des échanges centrés sur l'enfant.

Le Centre de santé mentale, en assurant les consultations externes, constitue la porte d'entrée dans le dispositif de prise en charge. Il est le centre de coordination de l'équipe de base médico-sociale et du personnel travaillant dans les autres institutions de prise en charge : le centre d'observation, l'hôpital de jour, le service de placement familial, le service d'hospitalisation à domicile, les internats médico-pédagogiques et enfin l'hôpital psychiatrique pour enfants. Ce sont ces rapports que nous nous sommes efforcés d'analyser au cours de ce travail.

Il est enfin le lieu de la psychiatrie extra-hospitalière, c'est un centre de soins assurant des consultations spécialisées. Au cours de l'étude de ces prises en charge ambulatoires une intervention au niveau de la famille s'est souvent avérée indispensable conduisant à la mise en place d'un service de thérapie familiale.

Nous concluons ce travail en préçisant que nous avons abordé quelques problèmes touchant la prise en charge globale de l'enfant et de l'adolescent au centre de santé mentale, mais qu'il s'agit d'une analyse " en situation " qui n'est nullement exhaustive

VU : Le Président,
J. GERAUD

VU et permis d'imprimer :
TOULOUSE, le 10 juin 1970

VU : Le Doyen,
G. LAZORTHES

I m p r e s s i o n

BUREAU CAZARRE - Madame Monique CASTA Gérante -

2 bis, rue de l'Esquile

31 - TOULOUSE - Tél. : 22 - 73 - 10

-=-=-=-=-=-=-=-